Д. Н. ИСАЕВ

ПСИХОПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Учебник для вузов

Рекомендовано учебно-методическим объединением по специальностям педагогического образования в качестве учебника для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальностям: 031500 — тифлопедагогика, 031600 — сурдопедагогика, 031700 — олигофренопедагогика, 031800 — логопедия, 031900 — специальная психология, 032000 — специальная дошкольная педагогика и психология

Санкт-Петербург
СпецЛит
2001

УДК 378 371 376 616.8
И85

Автор приносит искреннюю и глубокую благодарность всем тем, кто ободрял, помогал и в конечном итоге сделал возможным написание учебника. В первую очередь это относится ко всему профессорско-преподавательскому коллективу Института специальной педагогики и психологии и его ректору профессору Людмиле Михайловне Шипицыной.

Автор:

Исаев Дмитрий Николаевич — доктор медицинских наук, профессор Института специальной педагогики и психологии Международного университета имени Рауля Валленберга. Основные научные интересы сосредоточены в области психического недоразвития и его динамики у детей, соматогенных и психосоматических расстройств у детей, психосексуального развития и полового воспитания, особенностей внутренней картины болезни у детей и др. Результатом исследований автора явились более 250 публикаций, в числе которых 12 руководств и монографий.

Исаев Д. Н.

И85 Психопатология детского возраста: Учебник для вузов.— СПб.: СпецЛит, 2001.—463 с.— ISBN 5-299-00187-8

Учебник создан по образовательному стандарту Министерства общего и профессионального образования.

Основные идеи книги — влияние жизненных ситуаций на развитие психических нарушений; участие в их формировании как наследственных механизмов, так и внешних факторов; наличие принципиальных возрастных различий в клинических картинах психических расстройств. В учебнике изложены психопатологические симптомы и синдромы, а также их возрастное своеобразие. Даны представления об особенностях психических расстройств в раннем возрасте, в детстве и у подростков. Описаны методы и методики, используемые для диагностики нервно-психических расстройств у детей.

УДК 378 371 376 616.8

ISBN 5-299-00187-8

ПРЕДИСЛОВИЕ

Учебник профессора Д. Н. Исаева «Психопатология детского возраста» является итогом многократно прочитанных и переработанных лекций, которые предназначены для будущих специальных психологов и педагогов.

Содержание предлагаемого учебника подготовлено в соответствии с Государственным образовательным стандартом профессионального высшего образования по специальностям 031900 — специальная психология, 031300 — социальная педагогика, тифло- и сурдопедагогика, 031700 — олигофренопедагогика, 031800 — логопедия, 032000 — специальная дошкольная педагогика, утвержденным Министерством образования РФ 14 апреля 2000 года.

Образовательный стандарт предопределил название учебника — «Психопатология детского возраста», однако логика изложения материала и сам стандарт потребовали осветить происхождение, распространенность, систематику, динамику и элементы терапии расстройств психики у детей и подростков, в связи с этим автор вынужден был выйти за рамки того, что является в узком смысле содержанием психопатологии. Полагаем, что это увеличение объема учебника улучшает содержание книги, дает возможность автору более углубленно излагать материал, что в конечном итоге сделает более понятным для будущего специалиста значимость этого предмета и расширит его кругозор. Особую ценность книга представляет для тех, кто будет работать с подрастающим поколением, поскольку во всех главах очень подробно излагаются особенности психопатологических симптомов, синдромов и психических болезней в детском возрасте. Более того, для того чтобы показать существующую специфику детской психопатологии, выделено несколько глав, в которых более подробно описаны психические расстройства у детей младенческого, раннего, дошкольного, школьного и подросткового возраста. Следует также подчеркнуть, что, удовлетворяя потребности будущих специальных психологов и педагогов в практических рекомендациях, автор дает указания по коррекционной развивающей педагогической работе при выявленных психопатологических синдромах и приводит патопсихологические характеристики некоторых психических заболеваний. Успешно реализована идея — показать связь возникающих у детей психических расстройств с социальными и психологическими факторами. Это безусловно воспитывает у учащихся стремление во всех случаях организовывать психотерапевтическую, психокоррекционно-педагогическую и социальную помощь.

Красной нитью проводится мысль о том, что невозможно категорично разделять психические расстройства и отклонения в развитии на эндогенные и экзогенные болезни. Убедительно показано, что в действительности возникающая психопатология определяется как внутренними условиями, так и провоцирующими их манифестацию внешними факторами. Различие состоит лишь в том, какие из этих факторов преобладают. Понимание студентами этой закономерности приведет к выводу о том, что необходимо разностороннее вмешательство при всех психических расстройствах вне зависимости от выявленной причины.

В процессе подробного анализа эмоциональных стрессов (психогенных воздействий) раскрыто значение и механизм действия таких социальных факторов, как трудные жизненные обстоятельства.

Все изложенное в учебнике должно привести будущего специалиста к мысли о приоритете профилактики перед коррекционной, развивающей и психотерапевтической работой. Осознание этого поможет специалисту уделять больше внимания первичной профилактике, т. е. предупреждению возникновения нервно-психических расстройств и патологических состояний, вторичной профилактике (предупреждению обострений уже имеющихся расстройств) и третичной профилактике (появлению новых болезней у инвалидов).

Современный характер предлагаемого учебника определяется тем, что его клиническая часть структурирована на основе Международной классификации болезней 10-го пересмотра (1992 г.). В то же время не игнорируются и традиционные нозологические представления отечественных ученых о систематике психических болезней.

С целью ознакомления студентов с детской психиатрией как наукой, которая играет большую роль в диагностике, индивидуализации коррекционной работы, реабилитации психически больных и имеющих отклонения в развитии детей, излагаются ее история и связи с другими науками.

Расширению знаний о применяемых в психиатрии методических приемах и использовании их в психолого-педагогической работе будут способствовать представленные методы обследования детей с дизонтогенезом и больных с психическими расстройствами.

Разделы учебника, посвященные описанию симптомов, синдромов, патологических состояний и заболеваний, иллюстрированы выдержками из истории болезни, что облегчает возможность студентам получить практические навыки по своевременному выявлению первых признаков психических расстройств.

Каждый раздел учебника сопровождается тестами или вопросами для самостоятельной проработки усвоенного материала, а также рекомендуемой литературой, которая может оказаться по-

лезной не только для студентов, но и для уже завершивших образование специалистов.

В заключение следует сказать, что учебник профессора Д. Н. Исаева, преподающего в высших учебных заведениях почти полвека, восполняет давно существующий недостаток учебных пособий по психопатологии для специальных психологов и педагогов. В связи с указанными достоинствами он может быть рекомендован для использования в учебном процессе при преподавании психопатологии детского возраста не только будущим специальным психологам и педагогам, но и другим специалистам педагогических вузов, социальных факультетов, которые будут работать с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья и жизнедеятельности.

Учебник будет полезен также педиатрам, детским невропатологам и психиатрам, нейрофизиологам и нейропсихологам, а также всем, кто по роду своей деятельности имеет дело с больным и здоровым ребенком.

Ректор Института специальной педагогики и психологии Международного университета семьи и ребенка
имени Рауля Валленберга,
действительный член Нью-Йоркской Академии наук,
заведующая кафедрой специальной психологии
Санкт-Петербургского государственного университета
профессор, доктор биологических наук
Л. М. ШИПИЦЫНА

Роль детской психиатрии в подготовке специальных психологов и других специалистов, работающих с детьми, имеющими отклонения в развитии

Следует развеять достаточно распространенное заблуждение о том, что психолог, как и другие специалисты-непсихиатры, не должен заниматься психическими больными, так как он с ними не встречается, а если это и происходит, то ему необходимо сразу направить больного в психиатрическую больницу, не принимая участия в его судьбе. В действительности это большая ошибка. Существует множество патологически измененных личностей, которые или никогда, или редко лечатся. Они находятся среди психически здоровых людей. Значительное их число среди подростков с девиантным поведением, отклонениями в развитии, нарушениями органов чувств. Они часто нуждаются лишь в коррекционных педагогических мерах. Кроме того, даже настоящие психически больные, требующие лечения, могут долгое время до выраженного проявления заболевания находиться в обществе, прежде чем им будет поставлен диагноз. Обе эти группы психических расстройств требуют психиатрического подхода, который возможен лишь при понимании границ психического здоровья и болезни. Изучение этих границ — задача пограничной психиатрии. Последняя — «область несравненно более тонкая, область более сложная, требующая гораздо большего опыта, навыков и знания, чем психиатрия большая, где речь идет о душевнобольных в узком смысле слова» [Ганнушкин П. Б., 1924]. Одно из приложений психиатрических знаний — выявление разнообразной психопатологической симптоматики, нередко наблюдающейся у лиц с отклонениями в развитии, речевой патологией, нарушениями органов чувств.

В то же время если некоторые психологи и педагоги считают себя вправе не овладевать психиатрией в достаточной степени, то человек безо всякого психологического образования (администратор, юрист, просто обыватель) полагает, что он весьма компетентен в этой отрасли медицинских знаний, и пытается делать свои заключения, которые нередко приносят вред тому, кого они касаются.

Детская психиатрия, объединяя медицинские знания, дает профессионалу, работающему в области специальной психологии и педагогики, необходимые предпосылки для формирования его мировоззрения. Она снабжает поучительными и полезными для профессионалов сведениями. Главной целью преподавания этой кли-

нической дисциплины является развитие мышления, покоящегося на биологическом основании. Нет соматической медицины, с одной стороны, и психиатрии – с другой; медицина, так же как и объект ее изучения – больной человек,– едина; но практическая жизнь, клиника все же разделяют эти две стороны одного и того же дела. При этом психиатрическая клиника имеет свои особенности, которые не встречаются в других отраслях клинической медицины. Психиатрическое мышление по необходимости и очень углубленное, и очень широкое. Оно не может игнорировать общего состояния организма. Наука, всесторонне изучающая ребенка, исследуя в неотрывной связи его биологическую сущность и душевную организацию, дает неоспоримые доводы в пользу необходимости всестороннего изучения клиента (больного).

Каждый нервно-психический больной – в то же время и соматический больной. По мнению Д. Д. Плетнева (1989), нет соматических болезней без психических, из них вытекающих отклонений, как и нет психиатрических заболеваний, изолированных от соматических симптомов. В этой связи обследованию психики обязательно должно предшествовать изучение соматического состояния любого консультируемого ребенка, даже не имеющего статуса больного.

Защищая свою самостоятельность, психиатрия в начале своего формирования в качестве самостоятельной науки стремилась уйти подальше от соматической медицины. В настоящее время все хорошо понимают, что от связи психиатрии с общей медициной выиграют обе науки, лучше будет понят больной, а потому и эффективнее будет ему помощь. Примером плодотворности такого взаимодействия могут служить используемые в теории и практике концепции: внутренней картины болезни, соматизации нервно-психических нарушений и психосоматических расстройств.

Психика каждого больного ребенка не остается безучастной при любом соматическом заболевании. В этом случае реакция личности направлена на само заболевание, соответственно страданиям и боли, в то же время она соответствует личностным особенностям больного. Более точно и всесторонне под названием внутренней картины болезни (ВКБ) описал психическое состояние соматического больного Р. А. Лурия (1935). Он считал, что ВКБ – это «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, представление о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу,– весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм». Вся эта комплексная реакция должна учитываться психологом и всеми, кто работает с детьми, во время их даже кратко-

временных болезней, не боясь ни недооценить психическое состояние, ни переоценить его. При этом оценка психического состояния больного будет тем правильнее, чем точнее будет определен тип личности заболевшего.

Феномен «соматизации», т. е. появление таких симптомов нарушения телесных функций, как головные боли, бессонница, исчезновение аппетита, боли в животе, вялость, слабость и т. д., часто наблюдается при нервно-психических расстройствах. Он является эквивалентом психопатологических проявлений и может служить убедительной иллюстрацией существующей тесной связи между телом и психикой, которая обнаруживается в процессе заболевания.

Широко распространены «болезни адаптации», или психосоматические расстройства: гипертоническая болезнь, язва желудка, бронхиальная астма, психическая анорексия и др. болезни. Их распространенность у детей достигает 40% всех соматических расстройств, с которыми обращаются к педиатру. Они являются нарушениями деятельности различных органов и систем тела, происхождение которых в большей или меньшей степени связано со стрессами (накоплением отрицательных эмоций в связи с переживанием житейских трудностей). Эти болезни являются еще одним убедительным доказательством существующей у людей взаимосвязи соматического и психического. Сказанное можно обобщить следующим образом: без осознания профессионалом факта целостности душевного и телесного невозможно успешно распознавать нервно-психические расстройства, помогать больным и консультировать здоровых детей.

Общая психопатология, являющаяся частью психиатрии, изучающей симптомы душевных болезней и их сочетания, представляет материалы, необходимые для понимания больного, для диагностики заболеваний.

Изучение распространенности психических заболеваний обнаруживает все увеличивающееся число психических больных у взрослых и детей. Первичная инвалидность вследствие психических заболеваний в 1990 г. была 2,51 человека на 100 000 населения, в 1996 г.— 3,88, то есть выросла на 54,6%. Каждый год в отдельных регионах России число суицидов увеличивается на 10%. По сравнению с 60-ми годами в настоящее время риск родить умственно отсталого ребенка увеличился в 1,5—2 раза. Выявление причинных факторов, приводящих к возникновению нервно-психических расстройств, констатирует существование широкого круга вредностей: от материнской депривации до региональных экологических катастроф. Все это должно привести специального психолога и педагога к выводу о необходимости проведения в детско-подростковой популяции, являющейся контингентом повышенного риска, психопрофилактики. Вместо признания важности

профилактической работы слушателю необходимо использовать методики выявления контингентов детей повышенного риска. В частности, ему придется изучить эпидемиологические методы. Более того, он должен знать, что никакая превентивная деятельность невозможна без организации соответствующей работы среди педиатров, педагогов, воспитателей, служащих открытых и закрытых детских учреждений, администраторов, без привлечения добровольных помощников из местной общественности, верующих, родителей больных, представителей фондов и других организаций, готовых помогать страждущим. Специальным психологам и др. специалистам, работающим с детьми, следует освоить методические приемы для работы с членами семей, где воспитываются дети, с тем чтобы помочь в создании благоприятного психологического климата, столь необходимого для адекватного воспитания и тем самым для сохранения здоровья детей. Следует организовать совместную деятельность с педиатрами, педагогами, обучить анализу отношений в семье и методике помощи ее членам, что расширит круг специалистов, помогающих семье укреплять душевное благополучие и правильно воспитывать детей. Консультирование соматически больных детей позволит улучшить вторичную профилактику, распознать неразвернутые формы или начальные проявления соматогенных нервно-психических расстройств. Кроме того, следует направить внимание на психологические проблемы, возникающие у хронически больных и особенно у умирающих детей и подростков, а также у физически неполноценных инвалидов-детей и подростков. Большую роль психолог может сыграть в реабилитации больных детей после перенесенных соматических болезней. Значительных успехов в сохранении и укреплении психического здоровья детей можно добиться организацией психопрофилактики непосредственно в детских садах и школах, привлекая для этой цели воспитателей и учителей. Педагогов следует проинформировать о возрастных психологических особенностях детей, о различных психических состояниях и типичных проявлениях некоторых отклонений. Дети и особенно подростки тоже смогут участвовать в укреплении своего здоровья, для этого их придется также ознакомить с элементами психологии и некоторыми проявлениями нервно-психических расстройств. Через педагогов возможно также привлечение к психопрофилактической работе всех тех, кто работает с детьми в часы досуга (инструкторов кружков, тренеров спортивных секций, хореографов и т. д.), а также родителей и других членов семьи. Следует дать слушателям необходимые знания по психологии семьи, без чего невозможно анализировать процессы, происходящие в семье и оказывающие решающее влияние на формирование личности ребенка, укрепляющие или разрушающие ее защитные силы. Знания социальной динамики позволят правильно понять действие на семью положительных

и отрицательных факторов, а также управлять ими. Для специальных психологов и др. работающих с детьми это имеет особое значение, так как примерно 80% психогенных расстройств (неврозов, нарушений поведения), возникающих в детском возрасте, обусловлено неблагоприятной семейной ситуацией. Психопрофилактика должна быть приоритетной по отношению к любым другим видам деятельности: консультированию, коррекционно-педагогическим мерам больных или аномальных детей и подростков и др.

Знания по детской психиатрии необходимы для определения границ компетентности непсихиатров в отношении курируемых детей и очертаний этого контингента. Полученные сведения позволят уточнить особенности психического состояния детей, а также учесть возрастную специфику патопсихологии, без которой невозможен эволюционный подход к диагностике созревающей личности, понимание динамики заболевания и лечение в соответствии с возрастом больного.

Определенная психиатрическая подготовка даст будущим специалистам возможность правильно определить, имеются ли у детей отклонения, и направить их при необходимости в то или иное детское учреждение с учетом наличия или отсутствия психопатологических симптомов.

Для совместной работы с врачами (педиатром, психиатром, неврологом) необходимо также разбираться в симптоматике нервно-психических расстройств. Не ориентируясь в ней, невозможно правильно составить психологическое заключение в случае подозрения на наличие психического заболевания. Консультируя родителей, педагогов и других специалистов, работающих с детьми, имеющими отклонения в развитии, психологи должны использовать сведения из области возрастной психиатрии. Эти сведения могут иметь большое значение для успешной абилитации и реабилитации больных детей и подростков.

Знакомство с отдельными симптомами, их сочетаниями в форме синдромов и наиболее часто встречающимися заболеваниями позволит правильно ориентироваться в психопатологии. Откроется путь для более точной и ранней диагностики различных вариантов нарушений поведения и патологического развития личности. Появится возможность разобраться во всех оттенках переживаний невротических больных и научиться отграничивать их от психотических расстройств. Исчезнет опасность не распознать у детей появление припадочных состояний и даже нетипичных проявлений эпилептической болезни. Соматические заболевания больных детей не будут рассматриваться в отрыве от их душевного состояния, от которого эти болезни в той или иной степени зависят.

Особенное значение освоенные знания по психиатрии имеют для анализа психических аномалий при речевой патологии, некоторых поведенческих нарушений, парциальных форм психического

недоразвития и задержек психического развития. Они позволят без больших ошибок диагностировать структуру психических расстройств, имеющихся при различных степенях умственной отсталости, задержках психического развития и парциальных нарушениях психики. Этот анализ облегчит составление рекомендаций по коррекционной педагогике и абилитации детей с отклонениями в развитии.

Изучая психиатрию, учащийся получает очень важные знания по клиническим и другим методикам изучения психически больного ребенка, а также его семьи. Происходит обучение пониманию необходимости этих исследований для диагностики и оценки динамики психических нарушений под влиянием терапии. Осваивается специфика сбора субъективного анамнеза жизни и болезни, полученного от больного ребенка. Из объективного анамнеза, собранного не от самого больного, а от его окружающих, по возможности незаинтересованных свидетелей его болезни, прежде всего от родителей и родственников, может быть получен материал, который, возможно, станет решающим для установления диагноза. Анамнез также является источником сведений о родителях больного. Учащийся овладевает схемой обследования психически больного, фактически представляющей структурированную беседу, с помощью которой он обучается выявлять отдельные симптомы и даже распознавать заболевание. При этом необходимо иметь в виду, что умение беседовать с психически больным дается не только знанием и опытом, но и определенными психическими качествами (вдумчивостью, внимательным отношением к больному, правдивостью, простотой в общении, лишенной лицемерия и слащавости). Именно это приходится осваивать тому, кто учится собирать анамнез. Существенное значение имеет наблюдение за поведением больного. В связи с большой длительностью психических заболеваний, повторностью приступов, возможностью неполного выздоровления особенную роль играет катамнез (прослеживание судьбы больного), исследованию которого следует также научиться.

Психологам крайне необходимы знания методов патопсихологической диагностики. Для оценки уровня интеллектуального функционирования, особенностей созревания личности в целом, выявления психотравмирующих комплексов, диагностики психических дефектов, установления функционального диагноза психологи должны освоить и использовать соответствующие методики и правильно их интерпретировать.

Уровень профессионального мастерства не может быть высоким без знания современных систематик заболеваний: «Международной классификации болезней (10-го пересмотра) – МКБ-10», «Диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям» Американской ассоциации психиатрии (DSM-IV) и

других. Освоение этих систематик позволит специалисту не только правильно кодировать психические расстройства, но и успешно проводить их диагностику и дифференциальную диагностику.

Эта книга дает представление об основных электрофизиологических, рентгенологических, биохимических и других лабораторных методиках. Сведения об этих параклинических исследованиях и получаемых в результате данных необходимы для понимания важности изучения биологических основ психических заболеваний с целью их диагностики. Они используются также для проникновения в этиологию и патогенез (механизм развития) диагностируемых болезней.

Осваивая психопатологию, будущий специалист поймет необходимость приобретения навыков психологического и нейропсихологического исследования, способного в сомнительных случаях уточнить диагноз, облегчить дифференциальный диагноз заболевания, а также оценить течение заболевания и степень успешности его лечения.

Жизненно необходимо освоить принципы социальной психиатрии. Она ставит своей целью учитывать появление в популяции психически больных, что позволяет иметь представление о распространенности различных форм психопатологии. Без этих знаний невозможно оценить степень опасности того или иного заболевания, очень сложно осуществлять превентивные меры в отношении групп повышенного риска. В настоящее время это особенно актуально, так как очень быстрые социальные и экономические изменения в стране, которые до сих пор не стабилизировались, приводят к росту нервно-психических расстройств, алкоголизации и наркотизации. Так, половина дошкольников эмоционально неустойчива, треть — беспокойна, агрессивна или, напротив, боязлива. 16—29% детей 6-летнего возраста не готовы к обучению в школе. У трети школьников наблюдаются невротические расстройства. Только 15—20% детей заканчивает школу практически здоровыми, остальные страдают язвой желудка, гастритом, колитом, неврозами, гипертонической болезнью и др. психосоматическими заболеваниями и нервно-психическими расстройствами. Столь раннее нарушение детского здоровья объясняется в первую очередь неблагополучием в семьях, нестабильностью материального положения, конфликтами между ее членами, пренебрежением родительскими обязанностями и т. д.

Социальная психиатрия разрабатывает правовые нормы, защищающие права несовершеннолетних больных и регламентирующие работу с ними. Она же формулирует правила, определяющие, кого из детей, как и когда следует консультировать у детско-подросткового психиатра, кто и при каких условиях направляется в стационарные учреждения. Взаимодействие с психиатрической службой позволяет успешнее помогать больным, если у них распознаются

нервно-психические расстройства и они своевременно направляются к психиатру для лечения. Кроме того, специалисты, сотрудничающие с психиатром, могут получить информацию о совпадении своих заключений о предполагаемых расстройствах с врачебной диагностикой, а также и о динамике состояний детей, направленных на лечение. Это поможет проконтролировать уровень психопатологических знаний и тем самым будет способствовать их улучшению. Существует понимание важности проблем умственной отсталости и задержек психического развития, однако не у всех завершивших высшее психологическое образование достаточно умения без больших ошибок диагностировать эти и другие состояния. Освоение приведенного здесь комплекса знаний и умений должно ликвидировать этот пробел, дать необходимые знания и предоставить возможности для получения необходимого опыта.

Изменение структуры семьи, новое положение женщины в обществе, более свободная сексуальная мораль, акселерация подростков, опасность заболевания СПИДом и другими заболеваниями, передающимися половым путем, – все это у детей и особенно подростков в процессе возрастных изменений создает психологические трудности, а иногда и приводит к нервно-психическим расстройствам. Это вместе с другими факторами – важные аргументы в пользу преподавания психологам закономерностей психосексуального развития и его аномалий, а также основ полового воспитания.

Не только правовым, но и нравственным ориентиром может служить принятый в 1992 г. закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Основные его положения, касающиеся детей, требуют скрупулезного их соблюдения, и именно это будет создавать единственно возможный деонтологический климат в процессе работы с детьми, имеющими отклонения в развитии, и их семьями. Детальное изучение других официальных документов также должно являться не только укреплением юридических знаний, но и способствовать созданию обязательной высокой моральной атмосферы, являющейся необходимым условием оказания помощи душевнобольным детям и подросткам.

Глава 1
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХИАТРИИ КАК НАУКИ

Ознакомление с формированием психиатрии, ее достижениями и крупнейшими учеными, создавшими науку, имеет большое познавательное значение. Наряду с этим понимание пути психиатрии, прошедшей от наказаний и изоляции душевнобольных до гуманного их лечения и реабилитации, будет способствовать воспитанию бережного отношения к пациенту, клиенту, ученику и его семье.

Изучение истории психиатрии показывает, что развитие представлений о психических расстройствах связаны с господствующими в ту или иную эпоху философскими взглядами. В этой связи можно выделить три основные существующие и развивающиеся тенденции.

1. *Магический подход* – рассмотрение необъяснимых явлений в психике как магических. В примитивном обществе ответственными за болезни души и тела считали духов. В Средние века возникновение помешательства связывали с кознями дьявола или с добровольным общением с ним. В некоторых культурах и в настоящее время все еще психоз считают результатом одержимости бесовскими силами, вселения в человека дьявола.

2. *Органический подход* – объяснение душевных болезней телесными причинами. Греческий философ Гиппократ (IV в. до н. э.), как и некоторые другие его современники, связывал появление психических расстройств с материальными явлениями (смешением соков в организме). Мозг он считал органом познания и приспособления человека к среде: «Надо знать, что, с одной стороны, наслаждения, радость, смех, игры, а с другой стороны, огорчения, печаль, недовольства и жалобы – происходят от мозга... От него мы становимся безумными, бредим, нас охватывают тревога, страхи, либо ночью, либо с наступлением дня». В XIX веке Т. Мейнерт (1833–1892) уже определенно связывал возникновение психозов с болезнями больших полушарий мозга. В. Гризингерг (1814–1868) указывал на то, что многие нервно-психические болезни обязаны своим происхождением соматическим заболеваниям. В XX веке достигнут такой уровень развития психиатрии, что, например, А. Фёллинг (1934) смог объяснить происхождение фенилкетону-

рии (формы умственной отсталости) отсутствием фермента фенилаланингидроксилазы.

3. *Психологический подход* — обнаружение психологических причин психических нарушений. Возникновение взгляда на психические расстройства как на последствие людских страстей и пороков можно представить как трансформацию средневековых представлений о влияниях злого духа на душу и поведение людей. В начале XIX веке представители «Психической школы» — И. Гейнрот (1773—1843), рассматривавший религиозную мораль как причину психических расстройств, В. Иделер (1795—1860), отстаивавший в этом качестве чистую мораль, Бенеке (1789—1854), видевший в крайнем психологизме ответ на вопрос об этиологии психических расстройств, и др. — этиологию психических расстройств сводили к психическим факторам. В конце XIX — начале XX века. З. Фрейд (1856—1939) конкретизировал характер психологических воздействий, способных привести к возникновению неврозов и психозов, ими он считал вытесненные из сознания эмоции и побуждения. В течение XX века это направление, связанное с изучением глубинных психологических механизмов, которые могут являться, в частности, причиной нервно-психических расстройств, разрабатывалось трудами его учеников и последователей: К. Юнга (1875—1961), А. Адлера (1870—1937), Е. Блейлера (1857—1939), К. Хорни (1885—1953) и многих других.

4. *Интегральный подход* — понимание психических расстройств как изменение работы сложного физиологического механизма (организма) и осознающего себя индивида (личности) под влиянием трудных жизненных обстоятельств и связанных с ними эмоциональных стрессов, тревоги, гнева, страха, безнадежности. Г. Селье (1946) при так называемом адаптационном синдроме выявил цикл органических реакций в ответ на внешние раздражители. Его учение наряду с работами И. П. Павлова (1849—1936) и З. Фрейда легло в основу клинических и экспериментальных исследований взаимодействия между душой и телом. Возникло психосоматическое направление в медицине (Дойч Ф., 1884—1964, Гроддек Г., 1886—1934, Данбар Ф., 1902—1959, Александер Ф., 1891—1964 и др.), рассматривающее соматические расстройства в неразрывной связи с состоянием психики, а психические болезни неотрывно от телесных изменений По сути, этот подход — отражение признания того, что не существует ни психической, ни соматической болезни. Практически у больного человека имеются представленные в разных пропорциях сочетания как психических, так и соматических нарушений. От преобладания одних или других зависит диагноз душевного или телесного заболевания. Преимущество этого подхода в том, что вне зависимости от того, расстроена психика или возникло соматическое заболевание, он предполагает необходимость использования не только лекарственных

препаратов, действующих на соматические симптомы, но и на обязательности применения средств психотерапии.

Развитие психиатрии определяется также потребностями общества в организации помощи душевнобольным, социальными условиями, связанными как с преобладающими представлениями об этиологии душевных расстройств, так и с материальными возможностями государства и его общественных институтов.

В Средние века, когда в рамках феодальных государств стали развиваться города, из-за скученности проживания людей возникла необходимость изоляции психических больных. Однако из-за преобладания в это время взгляда на душевные болезни как на одержимость дьяволом больных содержали в монастырях. А в некоторых странах психических больных даже подвергали уничтожению на кострах инквизиции.

Позже, в XV—XVII веках, в бывших тюрьмах и казематах стали организовывать убежища для психических больных, где их содержали в неприспособленных для существования людей помещениях, избивали, не кормили и приковывали цепями.

В конце XVIII – начале XIX века буржуазная революция во Франции провозгласила защиту прав человека. В соответствии с гуманистическими идеалами того времени Ф. Пинель (1745—1826) в Париже начал превращать полутюремные убежища для сумасшедших в медицинские учреждения для душевнобольных. Одно из важных его нововведений на пути превращения последних из отвергаемых обществом монстров в ранг больных – ликвидация цепей. Все же в обиходе больниц оставались смирительные рубашки и другие меры стеснения больных. Продолжил борьбу с ограничениями свободы больных британский психиатр Д. Конолли (1794—1866). В Англии он ввел режим нестеснения психических больных, который оказал большое влияние на создание более гуманного отношения к пациентам психиатрических больниц во всем мире. В других странах также были сделаны первые шаги по организации психиатрических больниц. В США первая психиатрическая больница была открыта в штате Вирджиния (1773). В этой стране преобразования в психиатрии связывают с именем Б. Раша (1745—1813).

В России никогда не обращались с душевнобольными так жестоко, как в странах Западной Европы. Обвинения в «бесовской порче» и казни психических больных были единичными. Больных чаще воспринимали как «Богом наказанными» и потому не относились к ним как к враждебной силе. Уже в IX—XI веках организовывалось призрение душевнобольных в монастырях Киева и позже в Москве. В царствование Петра Великого было запрещено направлять «сумасбродных» в монастыри и предлагалось помещать в специальные больницы. Однако первые психиатрические больницы были открыты в 1876 г. в Новгороде, Риге и Москве, в

1879 г. организовано отделение в Санкт-Петербурге. Гуманистические преобразования особенно активно проводил главный врач психиатрической больницы в Москве (с 1828 г.) В. Ф. Саблер. При нем были уничтожены цепи, организованы досуг и трудовая терапия больных, заведены истории болезни, рецептурные книги, появились врачи примерно с теми же обязанностями, что и в настоящее время. В Санкт-Петербурге такие же изменения в судьбе больных произвел И. М. Балинский (1827—1902), первый русский профессор психиатрии (с 1857 г.). Отсталое психиатрическое учреждение он превратил в передовую клинику. С его участием создавались проекты новых психиатрических больниц. Реформы в российских психиатрических учреждениях связаны с именем С. С. Корсакова (1854—1900), одного из основателей российской научной психиатрии и нозологического направления. В его московской психиатрической клинике были ликвидированы все меры стеснения, упразднены изоляторы, были сняты решетки с окон отделений, введены постельное содержание острых больных и занятия на открытом воздухе для больных с затяжными болезнями.

После 1917 г. осуществлялись попытки превращения медицины, задачей которой было только лечение, в здравоохранение, целью которого стало бы еще и предупреждение болезней. В русле этих преобразований в 1919—1923 гг. было начато создание внебольничной психиатрии. Опережая зарубежные страны, отечественные психиатры (Бехтерев В. М., 1857—1927, Ганнушкин П. Б., 1875—1933, Розенштейн Л. М., 1884—1935 и др.) создали научное обоснование психопрофилактики, организовали психоневрологические институты и диспансеры, предназначив их для оказания медицинской, консультативной и социальной помощи больным, страдающим психозами, неврозами и прочими пограничными психическими заболеваниями. Их функциями стали:

1) активное выявление и учет больных, наблюдение за ними и амбулаторное лечение;

2) восстановление здоровья психических больных и своевременное направление в больницу в случае необходимости;

3) проведение психиатрической экспертизы больных;

4) оказание консультативной помощи другим специалистам;

5) правовая, социальная и патронажная помощь больным, находящимся под наблюдением диспансера;

6) реабилитация психических больных, вовлечение в трудовую деятельность и трудоустройство больных с остаточной трудоспособностью.

Дальнейшее развитие психиатрической помощи пошло по пути уменьшения крупных больниц, организации дневных и ночных стационаров, создания профильных лечебных учреждений (детских, подростковых, геронтологических), изменения структуры и назначения старых лечебных учреждений с целью максимального

приближения служб к населению и специализации предлагаемых услуг. Эти изменения позволяют проводить реабилитацию больных, используя многоступенчатое их обслуживание. Повышает эффективность лечения и реабилитации больных привлечение для этого все большего круга профессионалов: врачей-непсихиатров, медицинских и специальных психологов, логопедов, социальных работников, педагогов, инструкторов по лечебной физкультуре.

В кратком очерке не упомянуты имена таких зарубежных и отечественных психиатров, усилиями которых создавалась психиатрическая наука (Кандинский В. Х., Крафт-Эбинг Р., Крепелин Э., Кречмер Э., Морель Б., Маньян В., Мержеевский И. П., Сербский В. П., Эскироль Ж. и др.), разрабатывались новые терапевтические средства (Вагнер-Яурегг И., 1917; Делей Ж., Деникер П., 1952; Закель М., 1933; Каннабих Ю. В., 1974 и др.) и осуществлялось совершенствование психиатрической помощи населению (Кащенко П. П., Маляревский П. П. и др.). В разделе об истории формирования детской психиатрии будут приведены имена многих из тех ученых, которые внесли свой вклад как в детскую, так и в общую психиатрию.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗАРУБЕЖНОЙ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Возникновение детской психиатрии, как и любой другой науки, смогло стать возможным только тогда, когда для этого появилась соответствующая потребность и созрели необходимые условия. Уменьшившаяся детская смертность к концу XVIII — началу XIX века привела к увеличению популяции подрастающего поколения, в том числе и с различными отклонениями в развитии. Одновременно пришло понимание того, что дети — не уменьшенная копия взрослых, а своеобразный развивающийся организм. Изменившееся мнение о сути душевной организации детей привело к новому взгляду на аномального ребенка, созданию новой науки. Для этого возникли и условия — появились педагоги и врачи (психиатры), которые уже могли отличать ребенка с отстающим развитием или отклоняющимся поведением от психически здорового ребенка. Все же процесс формирования науки о нарушениях психики у детей проходил сложно — через несколько этапов в течение более ста лет. По мнению Д. Дюше (1990), рассвет современной детской психиатрии связан с проникновением в мир детства и наступившим у людей пониманием его особенностей. Это в значительной мере определялось опубликованием биографий выдающихся людей (Ж. Ж. Руссо, Шатобриан, Дидро), литературных произведений, в которых героями были дети или которые были написаны для детей (Ростопчина, В. Гюго, Ж. Санд, Г. Мало,

А. Доде, Ч. Диккенс и др.), и, наконец, научных трудов о детях [Песталоцци, 1828; Ч. Дарвин, 1876].

Во второй половине XVIII века начали появляться отдельные описания детей с врожденной или приобретенной «душевной слабостью», проживавших в горной местности (кретинизм), или возникавшей спорадически (идиотия). Ж. Итар в 1798 г. провел первую попытку обучения умственно отсталого. В начале XIX века стали создаваться подходы к *воспитанию и обучению умственно отсталых детей* [Сеген Э., 1846]. Этот процесс, происходивший в спорах о перспективности занятий с дефектными субъектами, о принципах обучения, привел в дальнейшем к *организации специальных учебных заведений и изучению психического развития* [Прейер У., 1882; Холл С., 1891]. При этом возможность возникновения психозов у детей категорически отрицалась, как думали в то время, из-за элементарности их психики и отсутствия у них переживаний трудностей жизни и опыта бурных страстей.

Только на границе XVIII и XIX столетий начали описывать единичные случаи острых психических расстройств у детей [Грединг, 1781; Перфект, 1794; Хаслем Дж., 1809]. Несмотря на эти наблюдения, К. Карус (1809) все еще утверждал, что дети могут страдать лишь слабоумием, но у них не может быть помешательства.

Накопление сообщений о психозах у детей позволило Э. А. Целлеру высказать мысль о том, что у них душевные болезни протекают так же, как и у взрослых, т. е. начальная меланхолия переходит в манию, а затем завершается деменцией. Шольц (1846) наблюдал ребенка с детским церебральным параличом, а Тор (1840) — с галлюцинациями.

Возможность возникновения психозов у детей стала доказанным фактом во второй половине XIX века. Вест (1860) описал ребенка со слабоумием, припадками и «истинным помешательством». Дюран-Фардель (1855) обнаружил у детей самоубийства. В Париже открыли психиатрическое детское отделение. Помье там же защитил первую диссертацию о психических расстройствах у детей (1856). О случаях детских психозов появились сообщения в Германии, Англии, Швейцарии, Америке. Первая монография о детских психических расстройствах была написана Берканом в 1864 г.

Конец XIX столетия — поворотный пункт в истории детской психиатрии; Х. Модсли (1867) пришел к выводу, что возраст может быть причинным фактором, он систематизировал известный опыт в области детской психопатологии и предложил свою классификацию детских психических расстройств.

Началом *современной детской психиатрии* считается выход в Германии книги Х. Эммингхауза (1887) «Психические расстройства детского возраста» и руководств во Франции — П. Моро де Тур (1889), Н. Манхаймера (1899), в Англии — В. Айрленда

(1889), в Германии – Инфельда (1902), Г. Т. Циена (1902), В. Штромайера (1910) и А. Гомбургера (1926).

События, сыгравшие наиболее важную роль в формировании зарубежной детской психиатрии в XX веке, можно сгруппировать следующим образом.

1. Были получены определенные знания о психическом развитии и его гетерогенности у детей. Для оценки психической зрелости и степени обучаемости детей *созданы психологические методики* – тесты [Бине А., 1905; Симон Т., 1905; Термен Л. М., 1921; Векслер Д., 1949]. Начали проводиться регулярные *исследования психического развития детей* [Гезелл А., 1925], которые позволили понять закономерности нормального формирования личности и научиться выявлять отклонения. Общественные движения, возглавленные психиатрами и психологами США (А. Майер, У. Джеймс), положили начало развитию *психогигиены,* а затем – *движению за детскую психопрофилактику* [Хили У., 1909; Айхорн А., 1918 и др.], что способствовало становлению детской психиатрии.

2. Развитие *динамической психиатрии,* связанное с изучением всего случившегося на жизненном пути больного, всех его переживаний, повысило значение детства, нередко отягощенного серьезными психическими травмами, которые стали рассматриваться как возможные этиологические факторы психических заболеваний (Э. Крепелин, З. Фрейд, А. Майер).

3. Начатое в конце XIX века *изучение подростковой преступности* и нарушений поведения у детей привело к введению в юридическую практику *детских судов* (в Австралии – в 1895 г.; в США – в 1899 г.). Для оценки причин правонарушений потребовалось изучение личности детей и среды, из которой они вышли. С целью предупреждения детской преступности организовывались *воспитательные дома* для детей, лишенных родительской опеки. Для облегчения приспособления к жизни умственно отсталых стали создаваться программы специального обучения.

4. Первые *амбулаторные психиатрические учреждения* – консультирующие клиники (Child Guidance Clinics) – были созданы в Бостоне (США) в 1921 г., в Великобритании – в 1926 г. Клиническая команда, работавшая в них, состояла из психиатра, психолога и социального работника. Руководство служб просвещения играло большую роль в развитии этих клиник, хотя часть из них и организовывалась в больницах. Перешли от изучения психологии обучения и интеллектуальных различий детей к психологии социального развития детей, что должно было помочь распознавать и исправлять поведенческие нарушения, выявлять эмоциональные факторы, лежащие в их основе. Появились учителя, подготовленные для работы с семьями, имеющими детей с отклонениями поведения.

5. Наблюдения за детьми сменились активной работой с ни-

ми, *исправлением их поведения и лечением.* Пришло понимание значения симптомов нервно-психических расстройств для анализа больных детей. З. Фрейд в 1905 г. изложил свои взгляды на детский невроз и его *психоаналитическое лечение.* Г. фон Хуг-Хельмут (1919) показала, что ребенок лучше выражает себя в игре, и предлагала ее использовать для изучения у него бессознательных психических процессов. М. Кляйн (1932) в психоанализе детей вместо свободных ассоциаций использовала игры. Она впервые начала истолковывать ранние психодинамические процессы младенцев. А. Фрейд (1927) применяла психоанализ у детей лишь для лечения неврозов, считала установление положительных отношений с детьми и понимание их переживаний обязательными условиями терапии, их игру истолковывала как приспособление к реальности, работала в контакте с родителями. Она не только интерпретировала переживания детей, но и, будучи педагогом, оказывала на них воспитательное воздействие.

6. Для понимания развивающейся личности и психопатологических механизмов у ребенка много сделали Л. Каннер (1935), Р. Спитц (1947), Дж. Боулби (1951) и др., изучавшие *отношения мать—дитя.* Возникло учение о материнской депривации как о бедной эмоциональными стимулами среде, препятствующей нормальному психическому развитию младенцев и приводящей к его задержке. Были сделаны выводы о роли ранних психических травм в происхождении нервно-психических расстройств в более старших возрастах.

7. Большое влияние на понимание детского поведения и на развитие детской психопатологии оказали труды И. П. Павлова об условно-рефлекторной деятельности, Э. Торндайка и Дж. Уотсона о научении, Н. Миллера и Дж. Долларда о социальном научении, Г. Петтерсона и др. об интеракционном анализе и социально-когнитивном анализе. Связанные с этими именами теории не только объясняли происхождение отклоняющегося поведения детей, но и служили основой создания *методов исследования и лечения.* Применение научного аппарата этологии (науки о поведении): территориального поведения, мотиваций, групповых структур, импритинга — в детской психиатрии углубило понимание поведенческих расстройств.

8. Изучение клинических особенностей нервно-психических расстройств у детей привело к созданию современных систематик психических болезней у детей. Уточнение описания клинических картин и роли некоторых этиологических факторов привело к выделению *новых клинических форм* (синдромы гиперактивности, трудности обучения, дефицита внимания, детского аутизма и др.).

9. Детская психиатрия перестала быть только отдельной специальностью, работающей со своими больными, — она проникла в суть профессии детского врача, психолога, педагога. Любой из них

использует знания психопатологии для повышения эффективности своей деятельности. Педиатру знания психиатрии облегчают понимание эмоционального развития и состояния детей, без которого невозможна оценка происхождения и течения многих (психосоматических) болезней. Педагог, используя психопатологический анализ, раскрывает причины расстройств поведения. Возникла так называемая *связующая психиатрия*, которая изучает нервно-психические осложнения соматических заболеваний и психологические ситуации, возникающие в процессе заболевания, а также участвует в их лечении. Выявление психотравмирующих обстоятельств у детей с соматическими болезнями привело к выделению в детском возрасте *психосоматических расстройств* (психической анорексии и булимии, привычных рвот и руминации, энуреза, бронхиальной астмы и др.), изучению механизмов их происхождения и лечения.

10. Изучение эмоциональных расстройств у детей обнаружило, что депрессии у них встречаются чаще, чем предполагалось в этом возрасте, и что проявляются они атипично — в форме соматических или поведенческих эквивалентов. Описан «синдром жестокого обращения с детьми» родителей и других лиц, воспитывающих детей, при котором детей отвергают, лишают перспективы, понимающего, любящего отношения и при этом грубо обращаются, эксплуатируют, истязают, избивают, а иногда и используют в качестве сексуального объекта.

Детская психиатрия за двести лет прошла путь от отвергания специфичности душевных проявлений в норме и патологии у детей и подростков до признания их своеобразия, систематизированного описания и изучения причинных факторов, а также в значительной степени эффективного лечения, сформировавшись в последние 100 лет в самостоятельную, но тесно связанную с другими науку.

[?] Вопросы для самостоятельной работы

1. Каковы основные события в XIX веке, предшествующие появлению детской психиатрии? 2. Когда появились первые обобщающие труды по детской психиатрии? 3. С какого времени и в связи с какими событиями ведется отсчет начала науки — детской психиатрии? 4. Какие этапы развития прошла детская психиатрия в XX веке? 5. Какой вклад в формирование детской психиатрии сделали психологи? 6. Какие психиатры создавали детскую психиатрию?

ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ В РОССИИ

Научный интерес к детским психическим болезням в России появился в начале XIX века. Впервые были описаны душевные заболевания у детей Е. Н. Смельским, С. Ф. Хотовицким (1847) и др.

Первые работы об умственно отсталых в России – «Очерки об истории нищенства» И. Г. Прыжова с социальным анализом их положения и «Ученики с медленным пониманием» Н. А. Добролюбова (1858), где описана психология этих детей и даны рекомендации по их обучению. Первое лечебно-педагогическое учреждение для умственно отсталых и эпилептиков в России было открыто в 1854 г. Ф. Плацом в Риге.

На первой российской психиатрической кафедре, открытой в 1857 г. в Медико-хирургической (ныне – Военно-медицинской) академии, были заложены основы развития детской психиатрии в нашей стране. Основатель этой кафедры И. М. Балинский начал изучение олигофрении. Его преемник И. П. Мержеевский – зачинатель исследования соматического происхождения психических расстройств. Он доказал, что психическое недоразвитие – не атавизм, а следствие болезней головного мозга (1871). Там же С. Н. Данилло опубликовал первую в нашей стране статью о детском психозе: «О детской кататонии» (1892).

Супруги И. В. и Е. Х. Маляревские создали до того несуществовавшую детскую психиатрическую службу и медицинскую педагогику. В 1882 г. они открыли врачебно-воспитательное заведение для аномальных и психически больных детей. С 1904 г. это дело продолжал их сын – М. И. Маляревский. Б. В. Томашевский (1892), сопоставляя симптоматику с анатомическими данными, установил возможность хронического течения воспалительных заболеваний головного мозга, обусловливающих слабоумие.

О судьбе умственно отсталых и психически больных детей, которые бродяжничали, лишались свободы из-за отсутствия необходимых учреждений, писали В. И. Яковенко (1897), И. А. Сикорский (1904), П. И. Ковалевский (1906).

М. Брезовский (1909), исследуя психозы у детей, объяснил их более редкое возникновение, чем в юношестве, «громадным запасом жизненной энергии» и малым числом вредностей. С. С. Корсаков (1893) изучал у детей микроцефалию и состояния «преходящего слабоумия».

Педология (всестороннее изучение детей), возникшая в России в 1904 г. (А. П. Нечаев, Н. П. Гундобин, В. И. Вартанов), дала еще один импульс развитию детской психопатологии.

Рождение детской психиатрии как самостоятельной науки относится к началу XX века. В. М. Бехтеревым в Петербурге (1908) был создан Психоневрологический институт с детским отделением при нем, где работали его ученики и последователи, внесшие большой вклад в детскую психиатрию,– Р. Я. Голант (1927), С. С. Мнухин (1929) и др. Там Н. М. Щелованов разработал объективный метод изучения физической и психической эволюции ребенка. К. И. Поварнин (1911) изучал воспитание человека с первых дней его жизни. Б. И. Воротынский и Н. Н. Тарасевич развива-

ли детскую психологию и экспериментальную педагогику, а А. В. Владимирский, И. Г. Оршанский и др.— детскую психоневрологию.

За обязательное обучение психически отсталых детей и организацию школ для них боролись Е. К. Грачева (1902), О. Б. Фельцман (1912), Н. П. и М. П. Постовские (1908), Н. В. Чехов (1923). С 1906 г. в Москве стали организовываться вспомогательные классы и школы, которыми руководили упомянутые энтузиасты. Они, а также А. Н. Граборов (1915), Л. С. Выготский (1924) и др., изучая психическое здоровье детей, создавали фундамент возникавшей специальности. В 1907 г. В. П. Кащенко открыл школу-интернат для обучения умственно отсталых детей. Он изучал социальную среду, в которой они воспитывались, и разрабатывал способы охраны их психического здоровья. А. С. Грибоедов (1914), изучая «дефективных детей», разрабатывал принципы воспитания и обучения их в семье и школе. А. Ф. Лазурский методом естественного эксперимента исследовал индивидуальные особенности детей. К 1911 г. вспомогательные классы уже созданы во многих городах России. В 1904 г. были организованы специальные исправительные колонии для малолетних преступников, а в Петербурге в 1910 г. начал заседать первый детский суд.

Г. И. Россолимо, учредивший Московский институт детской психологии и неврологии (1911), возглавил работу группы психопатологов: С. Я. Рабинович, И. М. Присман, А. Д. Суркова, Ф. Д. Загина и др. Г. И. Россолимо в 1910 г. разработал «психологический профиль», предназначенный для количественной оценки основных особенностей души ребенка: психического тонуса, точности и прочности восприятия и ассоциативных процессов.

В 1912 г. А. Н. Бернштейн описал такие случаи раннего слабоумия, «когда больные рождаются на свет с готовой болезнью». Г. Я. Трошин в книге «Антропологические основы воспитания. Сравнительная психология нормального и ненормального» (1915) показал разницу между олигофреническим и постпсихотическим слабоумием. Эти расстройства он анализировал сравнительно-возрастным методом.

В. А. Гиляровский исследовал порэнцефалию при идиотии (1908), доказав ее травматическое и сосудисто-воспалительное происхождение, занимался положением «ненормальных детей в России» (1915), «лечением и призрением душевнобольных и дефективных детей» (1919), открыл клинику для психически больных детей (1922). В своем руководстве он описал олигофрению, шизофрению, маниакально-депрессивный психоз и эпидемический энцефалит у детей. Он и его ученики А. И. Винокурова, В. П. Кудрявцева, В. Н. Русских, Т. П. Симсон и др. своими трудами заложили основы отечественной детской психиатрии.

М. О. Гуревич (1927) опубликовал первый в нашей стране учебник по психопатологии детского возраста. В России он и его

сотрудники — Н. И. Озерецкий, Е. А. Осипова, Г. Е. Сухарева — основатели детской психиатрии. В эти годы детских психиатров было еще очень мало, в связи с этим, как уже было сказано, детскую психопатологию формировали педиатры и педагоги, работавшие с аномальными детьми. Именно этим можно объяснить три направления в развитии отечественной детской психиатрии.

Одно направление было тесно связано с педологией и дефектологией. Это направление не было успешным, так как не обеспечивалось общепсихиатрической основой, развивалось без достаточной клинической базы, хотя и обогащалось экспериментально-психологическими исследованиями. Его представители рассматривали большинство отстающих детей как необратимо дефектных.

Другое — связанное с общей психиатрией — было более плодотворным в связи со скрупулезным изучением симптоматики и динамики болезней, сосредоточением не столько на дефекте поражения, сколько на сохранившихся структурах психики, а также из-за осознания того, что у больных детей обратимые состояния встречаются чаще, чем стойкие.

Третье направление, обязанное своим происхождением педиатрии, чаще и лучше других увязывало нервно-психические расстройства детей с соматической патологией и видело обратную зависимость — соматизацию нервно-психических заболеваний в детском возрасте. Становление детской психиатрии находилось в зависимости от степени изученности соматического здоровья детей, понимания педиатрами психических расстройств при телесных заболеваниях, с одной стороны, и приближения психиатрической помощи к населению, с другой.

В 1920—40-е годы одной из самых важных задач детской медицины была проблема соматических заболеваний и психических расстройств при них. Изучению последних при пороках сердца, ревматизме, кори, дизентерии, гриппе, туберкулезе, токсоплазмозе, сифилисе, менингоэнцефалитах, дистрофии и др. посвятили свои исследования Н. Н. Боднянская (1936), М. О. Гуревич (1925), С. С. Мнухин (1945), Н. И. Озерецкий (1934), Е. А. Осипова (1934), Т. П. Симсон (1924), Г. Е. Сухарева (1928) и др.

В 1950—60-е годы превалировали исследования у детей резидуально-органических психических расстройств, что определялось трудностями их диагностики, отсутствием эффективного лечения и в связи с этим частым возникновением инвалидизирующих нарушений. Большую роль в приоритете этих исследований сыграла невозможность в то время изучения генетических и психологических аспектов психических заболеваний. Последствиям перенесенных менингоэнцефалитов, травм головного мозга были посвящены работы М. О. Гуревича (1948), К. М. Кандаратской (1936), С. С. Мну-

хина (1935), Е. А. Осиповой (1946), М. С. Певзнер (1934), Р. А. Харитонова (1961) и др.

Значительная распространенность судорожных явлений в детстве определила интерес к ним преимущественно в 1960—80-е годы. Были изучены наследственная предрасположенность, этиопатогенез и возрастные особенности клиники детской эпилепсии. Получены обнадеживающие результаты при лечении. Наибольший вклад в решение этих проблем внесли Г. Б. Абрамович (1972), Г. И. Берштейн (1936), А. И. Болдырев (1990), А. Г. Земская (1971), В. К. Каубиш (1965), А. М. Коровин (1984), С. С. Мнухин (1929), К. А. Новлянская (1957), М. А. Успенская (1962), Р. А. Харитонов (1961), Г. Г. Шанько (1986).

В течение всех предшествующих десятилетий неуклонно увеличивалась распространенность состояний общего психического недоразвития — стойкого инвалидизирующего недуга. Необходимость борьбы с ним требовала его многостороннего изучения. В результате были исследованы этиология, клиника психического недоразвития в зависимости от возраста и выявлены особенности динамики дефекта. Разработана проблема задержек психического недоразвития. Особенно много в этом направлении сделали Д. И. Азбукин (1936), Л. С. Выготский (1925), Л. В. Занков (1932), Е. С. Иванов (1968), Д. Н. Исаев (1965), А. Р. Лурия (1956), К. С. Лебединская (1969), В. И. Лубовский (1963), Г. С. Маринчева (1969), С. С. Мнухин (1945), М. С. Певзнер (1949), Г. Е. Сухарева (1965) и др.

Своеобразное нарушение психического развития — детский аутизм — в нашей стране долгое время понимался как проявление детской шизофрении или психопатии. Подробное изучение этиологии, клинических форм, симптоматики, способов терапии и коррекционной педагогики детского аутизма привели к выделению его в качестве самостоятельного синдрома [Иванов Е. С.,1997; Каган В. Е., 1976; Лебединская К. С., Никольская О. С., 1991; Мнухин С. С., Зеленецкая А. Е., Исаев Д. Н., 1967].

Очень большое практическое (из-за широкой распространенности) и не меньшее теоретическое значение имеет изучение у детей и подростков пограничных расстройств, т. е. находящихся на грани здоровья и явных психических нарушений. Пониманию нарушений поведения, развития аномальных личностей, реакций на трудную жизненную ситуацию, происхождения неврозов способствовали достижения общей психиатрии, нейрофизиологии и возрастной подход к анализу клинических фактов. Однако было бы правильнее (и это способствовало бы выработке более эффективного лечения), если бы наряду с изучением симптоматики больше внимания уделялось особенностям личности больных детей, ее формированию и участию в симптомообразовании. Несмотря на несоблюдение в первое время этих основных условий, отечествен-

ные детские психиатры: А. И. Захаров (1971), В. И. Гарбузов (1966), В. А. Гурьева (1968), Е. И. Кириченко (1974), В. В. Ковалев (1968), М. В. Коркина (1959), А. Е. Личко (1973), Т. П. Симсон (1934), Е. Е. Сканави (1934), Г. Е. Сухарева (1934), Г. К. Ушаков (1958) и др.— достигли значительных успехов.

За последнее время (1980—90-е годы) на передний план выдвинулась проблема аддиктивного поведения (злоупотребления веществами, изменяющими психическое состояние), тесно связанная с саморазрушающим поведением, и разные формы психической зависимости (алкоголизм, токсикомания и наркомания). Наиболее заметный вклад в изучение аддиктивного поведения и зависимости от психоактивных веществ у подростков и детей внесли В. С. Битенский (1988), Н. Е. Буторина (1978), В. Я. Гиндикин (1980), В. Т. Кондрашенко (1988), А. Е. Личко (1976), И. Н. Пятницкая (1971), П. И. Сидоров (1976).

Шизофрения и аффективный (маниакально-депрессивный) психоз у детей и подростков встречаются редко и потому в психиатрической практике занимают небольшое место. Однако инвалидизация большинства больных, необычные и нередко опасные проявления детской шизофрении послужили причиной интенсивного ее изучения. Сыграло роль и желание сравнить ее с шизофренией взрослых. В результате очерчены границы детской и подростковой шизофрении, разработана классификация, описаны возрастные особенности, предложено лечение. Наибольший вклад в этом направлении сделан В. М. Башиной (1980), М. Ш. Вроно (1971), А. Е. Личко (1989), В. Н. Мамцевой (1979), Т. П. Симсон (1948), Г. Е. Сухаревой (1937). Такому же серьезному изучению маниакально-депрессивного психоза мешало представление о невозможности его возникновения у детей и подростков. Однако оказалось, что этот психоз в детско-подростковой популяции встречается нередко, но не распознается из-за его атипичного протекания в форме соматических или поведенческих эквивалентов. Все же попытки изучения аффективных психозов у детей и подростков делались [Дмитриева И. В., 1974; Иовчук Н. М., 1986; Лапидес М. И., 1940; Ломаченков А. С., 1968; Мнухин С. С., 1940; Сосюкало О. Д., Ермолина Л. А., Волошин В. М., 1988].

Последние десятилетия в связи с большим сближением психиатрии с общей медициной ознаменовались повышенным интересом к психосоматическим расстройствам (болезням адаптации). Выяснилось, что происхождение этих болезней определяется не одними психотравмирующими обстоятельствами, а многими факторами, их симптоматика полиморфная, стойкая, а успех лечения возможен лишь при изучении отношения личности к болезни в содружестве педиатра и психотерапевта. Из изучения психосоматических отношений у детей и подростков сделан радикальный вывод: в происхождении, течении и лечении практически всех за-

болеваний участвуют накапливающиеся отрицательные эмоции, из чего следует необходимость психосоматического подхода (выявления этих факторов) при любой патологии. В разработке этого нового направления участвовали Д. Н. Исаев (1976), М. В. Коркина с сотр. (1963), В. И. Крылов (1992), Б. Е. Микиртумов (1985), А. А. Северный (1984) и др.

В настоящее время большое достижение детской психиатрии – возобновившийся после Т. П. Симсон, изучавшей нервно-психические расстройства раннего возраста (1924), интерес к этой проблеме. Это направление позволяет изучать ребенка как часть диады, совместно с матерью, и тем самым лучше понимать факторы, влияющие на формирование психики, и воздействовать на семью при наличии отклонений, что сулит большие возможности для психопрофилактики и лечения. К числу наиболее интересных работ в этом направлении относятся исследования Л. Т. Журбы, Е. М. Мастюковой (1981), Е. И. Кириченко (1982), И. А. Козловой (1967), Г. В. Козловской (1995), Н. В. Римашевской (1989).

Приведенный обзор показывает, что еще в начале века не было отечественной детской психиатрии. За сто лет, опираясь на достижения многих дисциплин, и в первую очередь на общую психиатрию, педиатрию, педологию детскую психологию и др., она прошла путь от собирания фактов до формирования собственных представлений и обобщающих теорий. Сегодня, будучи самостоятельной наукой, детская психиатрия вносит большой вклад в создание служб психического здоровья, предупреждение психических заболеваний и их лечение, продолжая в то же время проникать в суть психических расстройств и отклонений в развитии.

[?] Темы для самостоятельной работы

1. Первые работы в области изучения психических заболеваний у детей. 2. Основные направления в развитии детской психиатрии. 3. Первые организаторы психиатрической службы. 4. Организация помощи умственно отсталым. 5. Вклад психиатров в развитие детской психиатрии. 6. Роль психологов и педологов в развитии учения о психических болезнях детства. 7. Основные проблемы детской психиатрии и их разработка. 8. Хронологические этапы формирования детской психиатрии.

Рекомендуемая литература

Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа.–М.: Прогресс, 1995.
Гиляровский В. А. Психиатрия.– М., 1954.
Каннабих Ю. В. История психиатрии.– М.: Госмедгиз, 1928.
Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста.– М.: Медицина, 1995.– С. 5–12.
Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамигескаяпсихиатрия.– М.: Академигеский проект, 2000.– С. 8–24.

Озерецкий Н. И. Психопатология детского возраста.— Л., 1938.
Руководство по психиатрии/ Под ред. Г. В. Морозова. В 2 т.— М.: Медицина, 1988.— С. 24—51.
Руководство по психиатрии/ Под ред. А. В. Снежневского. В 2 томах.— М.: Медицина, 1983.
Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста.— М.: Медицина, 1955.
Ушаков Г. К. Детская психиатрия.— М.: Медицина, 1973.— С. 12—32.
Юдин Т. И. Очерки истории отечественной психиатрии.— М.: Медгиз, 1951.

Глава 2
ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Детская психиатрия – клиническая дисциплина, изучающая этиологию, патогенез, клинику, распространенность детских и подростковых психических заболеваний, разрабатывающая методы их клинической и лабораторной диагностики, вопросы прогноза, профилактики, критерии экспертизы, порядок проведения социальной реабилитации.

Детская психопатология – раздел детской психиатрии, изучающий общие закономерности и развитие детских и подростковых психических заболеваний, психопатологических процессов и состояний, а также особенности наблюдаемых при них симптомов и синдромов.

Психическая болезнь – это заболевание всего организма с преимущественным поражением мозга и нарушением мозговой деятельности. П. Б. Ганнушкин (1924) уточняет: «Душевная болезнь связывается с состоянием всего организма, с врожденной конституцией индивидуума, с состоянием его обмена веществ, с функционированием эндокринной системы, наконец, с состоянием нервной системы, как цереброспинальной, так и вегетативной».

При психической болезни извращается, нарушается отражательная деятельность, что ведет к нарушению познания. Она выражается в искаженном, неправильном, неадекватном восприятии и осмыслении объективной действительности, влечет за собой неправильное поведение больного, затруднение приспособления к среде, в которых чаще всего и проявляется.

Распознавание психических расстройств и последующее их лечение, а также реабилитация (абилитация) больных требуют более точного, дифференцированного подхода к нарушениям психики. С этой целью используются понятия болезни (нозос) и патологии (патос).

Болезнь (нозос) – болезненный процесс, динамическое, текущее образование. Она в связи с определенным комплексом факторов имеет нозологическую специфичность, типичный для нее механизм возникновения, стереотип развития, течения, склонность к прогредиентности, эволюции или регрессу. От психического здоровья к болезни существует скачок, т. е. новая качественная ступень. Примерами болезни (нозоса) в психиатрии являются шизофрения, соматогеннный и инфекционный психоз.

Патология (патос) – патологическое состояние, стойкое изменение, результат патологических процессов или порок, отклонение развития. Это состояние – патологическое образование, не склонное к каким-либо существенным трансформациям, не имеющее определенных этиологических факторов и патогенетических механизмов, а также обладающее устойчивостью, резистентностью по отношению к терапии, стабильностью. От болезни к патологическому состоянию – плавный, иногда незаметный переход от одного состояния к другому. Иллюстрацией того, что такое патос (патологическое состояние), могут быть отклонения в развитии (умственная отсталость, общее недоразвитие речи, инфантилизм), психопатия (расстройства формирования личности), дефектные состояния, возникающие как следствие психозов (шизофрении), мозговых инфекционных заболеваний (энцефалитов), травматических повреждений мозга. Для того чтобы диагностировать психическое состояние, необходимо констатировать, что психопатологический синдром не развивается и не регрессирует в течение более 6 месяцев.

В описанные понятия «нозос» и «патос» не укладываются все обнаруживаемые расстройства. Так, например, кратковременное, продолжающееся не более 6 месяцев изменение психики называется ***психической реакцией***. К такого рода реакциям относятся эпилептическая реакция, которая может возникнуть у ребенка во время заболевания, протекающего с очень высокой температурой тела, или невротическая реакция, возникшая при столкновении ребенка с трудными жизненными обстоятельствами (разлука с родителями).

Психическое развитие – патологический процесс с внутренними, т. е. определяемыми этим процессом, закономерностями симптомообразования. К этому типу нарушений относится, например, невротическое (истерическое, ипохондрическое, астеническое) развитие, т. е. изменения личности, развивающиеся у индивида в процессе длительно протекающего или не поддающегося терапии невроза.

При обнаружении отклонений в психике у ребенка работающий с ним психолог (педагог) может заподозрить различные расстройства – психоз, если предполагает серьезные нарушения, или невроз (эмоциональные, поведенческие нарушения), если считает их легкими. Однако для таких диагностических предположений, которые необходимы для оценки социально значимых сторон деятельности индивида, требуются твердые знания того, в чем особенности этих расстройств психики.

Психоз – тяжелое нарушение психики, характеризующееся неадекватностью реакций, нарушением отражения окружающего, исчезновением критики к своим поступкам, неспособностью осмысления происходящего, неспособностью руководить собой, своими

действиями и психическими проявлениями. Иными словами, психоз проявляется нарушением сознания, грубыми изменениями личности или дезинтеграцией всей психической деятельности.

Непсихотические расстройства (например, невроз) – это симптомы и синдромы, сопровождающиеся критикой, адекватной оценкой окружения, а поведение больного, страдающего этими расстройствами, соответствует социально принятым нормам.

Диагностика психических расстройств не может быть точной без понимания **типа реагирования личности и организма** на ту или иную вредность. Это важно не только для определения необходимого терапевтического вмешательства, но и для прогноза возникшего психического нарушения.

Экзогенный тип психического реагирования – психические реакции, заболевания, состояния, развитие, своим происхождением обязанные органическим поражениям головного мозга. Органические поражения мозга – вредности (черепно-мозговые травмы, опухоли, сосудистые и инфекционные заболевания мозга, интоксикации), непосредственно действующие на мозг. Наиболее характерные клинические проявления: судорожный синдром, психоорганический синдром, амнестический синдром, синдромы расстроенного сознания.

Психогенный тип психического реагирования – психические реакции, заболевания и развитие, возникающие при переживании трудных (разрушение семьи, измена близкого человека и т. д.) или катастрофических (пожар, землетрясение, дорожно-транспортное происшествие) жизненных обстоятельств. Примером этого типа реагирования может быть псевдодементный синдром, нередко возникающий у подростков, находящихся под угрозой потерять свой социальный статус.

Эндогенный тип психического реагирования – психические реакции, заболевания, состояния и развитие, причиной которых являются внутренние (эндогенные), наследственно-конституциональные факторы. Наиболее типичный пример этого типа реагирования – передача по наследству (через гены или хромосомы) предрасположения или самого заболевания (шизофрения, некоторые формы эпилепсии, умственная отсталость, связанная с нарушениями метаболизма или зависящая от хромосомных аберраций). Очень характерен для этого типа реагирования синдром психического автоматизма.

Приводя эти традиционно выделяемые типы реагирования, следует сказать, что в чистом виде эти реакции встречаются не часто. Наиболее вероятно возникновение экзогенного или психогенного типа реагирования на фоне неблагоприятной наследственности или своеобразной конституции (совокупности относительно устойчивых анатомических и функциональных свойств человека, обусловленных наследственностью, а также длительным влиянием

окружающей среды). В то же время возникновение эндогенных реакций, как правило, определяется провокацией экзогенными факторами (инфекционными заболеваниями, травматическими поражениями мозга, интоксикациями). Естественно, клиническая картина в этих случаях несет черты и эндогенного, и экзогенного типов реагирования. Это обстоятельство необходимо учитывать, в частности, потому, что такое сочетание приводит к изменению классических клинических форм реагирования, затруднению диагностики и повышению резистентности в отношении применяемой терапии. Действительно, в последнее время все больше и больше встречается таких экзогенных типов реакций, которые напоминают эндогенные. Они получили название эндоформных синдромов, или клинических картин, и во многих случаях протекают менее благоприятно.

Течение психических заболеваний. *Непрерывное течение* – неуклонное нарастание и усложнение психических расстройств (соматогенный психоз).

Приступообразное течение – чередование приступов заболевания и промежутков, свободных от болезненных проявлений (аффективные психозы).

Смешанное течение – нарастание изменений личности, на фоне которого эпизодически возникают обострения (сдвиги) заболевания. После каждого сдвига появляются все более выраженные изменения личности (шизофрения).

Волнообразное течение проявляется периодами ослабления или исчезновения симптоматики, однако в дальнейшем под влиянием дополнительных факторов появляются ранее исчезнувшие проявления болезни, обычно в форме новых нарастающих симптомов и синдромов (невротические расстройства).

Пароксизмальное течение – остро возникающие кратковременные приступы заболевания (эпилепсия).

Прогредиентное течение – постепенное нарастание и усложнение симптоматики с появлением стойких психических нарушений (шизофрения).

Регредиентное течение – с каждым последующим приступом заболевания сокращается число синдромов и симптомов, ослабляется и исчезает бывшая ранее симптоматика (психические расстройства при черепно-мозговых травмах).

Как уже указывалось, **исход психического заболевания** может быть различным. Неблагоприятно протекающее заболевание может завершиться *дефектом* – продолжительным, стойким нарушением – одной (познавательной, аффективной) из психических сфер или общим нарушением формирования психики (слабоумие вследствие энцефалита).

Выздоровление является полным восстановлением организма после возникших в процессе психического заболевания рас-

2 Зак. 4344

стройств. Вопреки существующим заблуждениям именно выздоровление – наиболее частый исход психических расстройств. Однако вероятность полного выздоровления находится в зависимости от преморбидного (доболезненного) состояния индивида. В тех случаях, когда психическая реакция или заболевание возникает на фоне отягощенного преморбида (умственная отсталость, психопатия, перенесенная в прошлом черепно-мозговая травма), степень восстановления психических функций будет зависеть от выраженности остаточных явлений после ранее перенесенной вредности или от тяжести психического состояния, имевшегося до заболевания.

Третий вариант исхода – *переход в хроническое состояние*, в течение которого продолжают оставаться хотя и менее выраженные, но преобладающие в клинической картине продуктивные симптомы.

Продуктивные симптомы – выражение деятельности неповрежденных слоев нервной системы, они отражают относительно неспецифическую реакцию организма на этиологические факторы, вызвавшие заболевание. Это *качественно новые*, связанные с возникновением заболевания *психические проявления*, которые в то же время не могут быть возрастными особенностями больного. К этим симптомам относятся астенические, депрессивные, маниакальные, навязчивые, галлюцинаторные, бредовые, кататонические и др. проявления психических реакций, болезней, состояний.

Негативные симптомы – симптомы, вызванные самим патологическим процессом и связанные с этиологическим фактором. В связи с этим в большинстве случаев они отражают нозологическую специфику заболевания; таким образом, их выявление облегчает диагностику. К негативным симптомам относятся следующие: истощаемость психических процессов, субъективно осознаваемая измененность «Я», дисгармония личности, снижение энергетического потенциала, снижение уровня личности, регресс личности, амнестические расстройства, тотальное слабоумие.

Особенность детского организма – непрерывный и неравномерный процесс созревания структур и функций всего организма. Это характерно, как указано выше, и для развития психики, формирующейся в процессе взаимодействия со средой. Возникающие нарушения при психических заболеваниях – в значительной степени результат расстройства биологического и/или психического созревания. В связи с этим методологический подход к изучению нервно-психических заболеваний должен быть эволюционно-динамическим (онтогенетическим). Этот подход к анализу нервно-психических заболеваний был впервые разработан Г. Модсли, Х. Джексоном. Физиологический фундамент он получил в работах И. М. Сеченова.

Другой принцип, на котором строится клинический анализ в детской психопатологии, – единство биологического и социально-

го в человеке в процессе формирования личности (В. Н. Мясищев). Социально-психические явления (сознание, свойства личности, характер, некоторые бессознательные явления) непрерывно взаимодействуют с природно-психическими явлениями (темпераментом, инстинктами, влечениями, потребностями). Природно-психическое в человеке – непосредственное отражение нейрофизиологических процессов в организме человека. В процессе эволюции человека и общественного развития природно-психическое все больше и больше опосредуется социально-психическим. В онтогенезе человека это повторяется: преобладающие в психике ребенка раннего возраста элементарные потребности в еде, сне, примитивные эмоции удовольствия-неудовольствия с возрастом оттесняются и поглощаются социально-психическими явлениями. Ведущая роль в этом движении принадлежит воспитанию в широком смысле слова.

В процессе развития психического заболевания существенно изменяются взаимоотношения биологического и социального. Временно или на более продолжительный период усиливаются природно-психические явления. Примером этого могут быть, в частности, расторможение влечений при психопатоподобных состояниях. Другой пример – регресс психики на более ранний уровень развития при органических заболеваниях, шизофрении, а иногда и при психогенных (истерических) расстройствах. В этих случаях появляются двигательные стереотипии, эхопраксии, эхолалии, моторные автоматизмы, утрата двигательных навыков, возвращение лепетной речи, утрированная боязливость.

Дизонтогенез. Еще один вид разлада между психическим и социальным, который может лежать в основе возникновения некоторых симптомов – различные типы общего и психического дизонтогенеза [Ковалев В. В., 1979]. Психический дизонтогенез выражается в различных нарушениях темпа, сроков развития психики в целом и отдельных ее частей, а также в нарушении соотношения компонентов развивающейся психики ребенка и подростка. Психический дизонтогенез может быть детерминирован биологическими (генетическими и экзогенно-органическими) или неблагоприятными микросоциальными и психологическими воздействиями. Биологические факторы участвуют в формировании нервно-психического состояния, взаимодействуя с факторами социально-психологической среды, а вызванные средовыми воздействиями отклонения психики в своей основе имеют механизм перехода социально-психического через природно-психическое в нейродинамические изменения.

Психический дизонтогенез в форме задержанного или искаженного (диспропорционального) развития психики может быть основой доманифестной (до развертывания выраженных симптомов) шизофрении (Г. Е. Сухарева) или ее сутью (Л. Бендер).

Шизофренические нарушения развития (дизонтогенез) М. Ш. Вроно (1979) систематизирует, например, следующим образом:

1. Шизофренический дизонтогенез генетического происхождения, чаще всего проявляющийся аутизмом или аутистической психопатией. Биологическое происхождение его — либо скрытое течение шизофренического процесса, либо самый его начальный этап, либо постпроцессуальный дефект.

2. Олигофреноподобный дефект при злокачественном течении детской шизофрении.

3. Регресс речи и поведения при неблагоприятно, но не злокачественно протекающей шизофрении. Уровень функционирования психики в сравнении с доманифестным периодом постоянно в течение шизофренического процесса снижается, тогда как при олигофреноподобном дефекте, раз возникнув, остается неизменным.

4. Психофизический инфантилизм, связанный с относительно благоприятно протекающими формами шизофрении, характеризуется незрелостью, главным образом, эмоционально-волевой сферы. Он неравномерен, сочетается с аутизмом и другими шизофреническими изменениями личности.

Эти типы дизонтогенеза — различные варианты асинхронии развития, т. е. сосуществования задержки своевременного развития одних функциональных систем и обгоняющего развития других систем.

Другой вариант дизонтогенеза — *ретардация* [Ушаков Г. К., 1973] — задержка своевременного развития или созревания одной или нескольких функциональных систем организма. Определяется ретардация по отставанию развития системы от паспортного, биологического или психического возраста. В патогенезе психических заболеваний детского возраста могут участвовать механизмы общей и парциальной ретардации развития. Примеры ретардации: умственная отсталость, задержка психического развития, включая общий и частичный (парциальный) психический инфантилизм. В перечисленных случаях имеет место запаздывание перехода (оформления) природно-психических функциональных систем в более сложные социально-психические образования, что приводит к недостаточности последних, при этом больше всего страдают познавательные функции. От степени недоразвития нейрофизиологических механизмов зависит формирование психосоциальных образований, причем процесс социализации обычно выявляет потенциальные возможности высшей нервной деятельности и способствует облегчению развития компенсаторных механизмов.

В. В. Ковалев различает эволютивные и процессуальные формы психического дизонтогенеза. К числу первых относятся состояния психического недоразвития, психический инфантилизм, невропатия, психопатии, являющиеся следствием разных типов нарушения развития психики. Ко вторым — олигофреноподобные,

психопатоподобные состояния, возникающие в ходе шизофрении, экзогенно-органических заболеваний (энцефалиты), а также процессуальный инфантилизм.

В основе формирования дизонтогенетических симптомов лежит задержка, замедление, остановка или искажение развития нервно-психических функций. К дизонтогенетическим симптомам относятся отставание развития познавательных функций при умственной отсталости, симптомы недоразвития и задержки речи, проявления задержки психомоторных функций: «моторная дебильность» (Дюпре), «моторный инфантилизм» (Гомбургер), церебеллярно-двигательная, экстрапирамидная, фронтальная моторная недостаточность [Гуревич М. О., 1932]. Дизонтогенетические симптомы, связанные с механизмом искажения развития психики,– это главным образом различные проявления диспропорционального [Сухарева Г. Е., 1959] развития темперамента, влечений, инстинктивных потребностей и эмоционально-волевых свойств формирующейся личности при невропатии, детском аутизме, психопатиях.

Дизонтогенетические симптомы не являются специфичными и характеризуют период онтогенеза, в котором произошло повреждение структуры или тяжелое нарушение функции развивающегося мозга. Не все дизонтогенетические симптомы являются стойкими. Некоторые из них отличаются преходящим характером.

Наряду с проявлениями дизонтогенеза, задерживающими формирование нормальной психики, наблюдаются и явления **акселерации.** В этом случае формирующаяся функциональная система или несколько систем отличаются тем, что развиваются и созревают более быстрыми темпами, чем в норме. Ускоренное половое созревание, например, способно повлиять (сделать его более злокачественным, тяжелым) на течение таких заболеваний, как шизофрения, эпилепсия и т. д. Акселерация ускоряет появление первых симптомов шизофрении и способствует ее обострению в периоды ремиссии. У ребят-акселератов чаще встречается острое или подострое начало заболевания и в дальнейшем большая вероятность приступообразно-прогредиентного течения, аффективных нарушений, сенестопатически-ипохондрических и дисморфофобических проявлений [Сосюкало О. Д., Большаков А. Г., Кашникова А. А., 1978.].

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Классификации психических расстройств отражают в краткой форме достижения психиатрии, методологию этой науки, перспективы ее развития, теоретические основы и практические подходы.

Одни классификации предназначаются для теоретических, другие — для клинико-диагностических, а третьи — для статистических целей. Принципы, на которых строились систематики, по мере развития психиатрии менялись. Первоначально они основывались на преобладающих психопатологических проявлениях, т. е. по синдромологическому принципу.

Классификация B. Morel (1857) пронизана идеями о вырождении (дегенерации), согласно которым синдромы, отмечаемые у родственников, утяжеляются из поколения в поколение.

W. Grisinger (1867) в своей систематике различные психопатологические проявления рассматривал как стадии одного и того же единого психоза.

E. Krepelin (1899) создал нозологическую классификацию, в которой впервые появились психические болезни, имеющие определенную этиологию, динамику развития клинической картины и исход. Эта систематика с учетом национальных особенностей наук стала прототипом клинических классификаций нервно-психических заболеваний в нашей и некоторых других европейских странах. Нозологические систематики нередко критикуются на том основании, что сегодня неизвестны причины почти всех психических расстройств, а потому и невозможно их группировать, основываясь на том, что еще не открыто. Другой упрек этому подходу — чрезмерное увлечение клиническими описаниями в ущерб изучению личности, ее истории развития и ее участию в болезненном процессе.

A. Meyer (1922) выявлял типы реакций личности (эргазии), являющиеся результатом приспособления к определенным условиям жизни, и вместо болезней группировал их. Американские классификации психических болезней были основаны на этих идеях. Эти систематики основаны на антинозологических позициях, при которых размываются границы между нормой и патологией. В них не делается различий между основными и сопутствующими факторами, участвующими в возникновении психических расстройств, многими психиатрами они оцениваются скептически.

Международная классификация психических расстройств детского возраста. В 1969 г. создана первая международная классификация психических расстройств детского возраста [Rutter M., Lebovici S., Eisenberg L. et al.]. В ней предложена трехосевая классификационная схема, где первая ось — *клинический психиатрический синдром*, вторая ось — *интеллектуальный уровень*, третья ось — *сопутствующие или этиологические факторы*. Несовершенство этой систематики видят в отсутствии связи с классификацией психических заболеваний взрослых, в недостаточной клинической дифференцированности и разграничении ряда рубрик [Ковалев В. В., 1995]. В следующей классификации детских психических расстройств [Rutter M., Shaffer D., Shepherd M., 1975] были

учтены замечания и введена четвертая ось — *биологических факторов.* В 1988 г. была предложена еще одна — пятая ось — *психосоциальная.* Таким образом, классификация детских психических расстройств стала многоосевой.

Первая ось — *клинический психиатрический синдром.*

0. Нормальные отклонения.
1. Адаптационные реакции.
2. Специфические расстройства развития.
3. Поведенческие расстройства.
4. Невротические расстройства.
5. Психозы.
6. Расстройства личности.
7. Психосоматические расстройства.
8. Другие клинические синдромы.
9. Проявления легких психических отклонений.

Вторая ось — *интеллектуальный уровень.*

0. Нормальные варианты интеллекта.
1. Легкая отсталость.
2. Умеренная отсталость.
3. Тяжелая отсталость.
4. Глубокая отсталость.
5. Отсталость, степень которой невозможно оценить.
6. Неизвестно, отсталый ребенок или нет.

Третья ось — *биологические (соматические) факторы.*

0. Неневрологические состояния.
1. Инфекционные и постинфекционные иммунологические заболевания центральной нервной системы.
2. Новообразования (опухолевые) и сосудистые заболевания.
3. Нарушения питания и обмена веществ, поражающие центральную нервную систему.
4. Хромосомные аномалии.
5. Врожденные пороки центральной нервной системы.
6. Семейные наследственные и дегенеративные заболевания центральной нервной системы.
7. Специфические нарушения развития.
8. Хронические неврологические синдромы.
9. Нарушения органов чувств, спинного мозга и периферических нервов.

Четвертая ось — *сопутствующие влияния.*

Пятая ось — *психосоциальная.*

0. Нормальная психосоциальная ситуация.
1. Нарушенные внутрисемейные отношения.

2. Психические расстройства, отклонения или инвалидность у воспитателей детей.
3. Неадекватная или искаженная внутрисемейная коммуникация.
4. Плохое качество воспитания.
5. Нарушенное непосредственное окружение.
6. Неблагоприятные жизненные события.
7. Социальные стрессоры.
8. Хронические межперсональные трудности, связанные со школой или работой.
9. Стрессогенные события, ситуации, вызванные инвалидностью или расстройствами, имеющимися у ребенка.

В этой классификации почти не использована нозологически-этиологическая ось, а заболевания заменены отдельными симптомами или группой симптомов.

Отечественная классификация детских психических расстройств. В. В. Ковалев и О. Д. Сосюкало (1984) предложили для клинико-диагностических целей классификацию, основанную на четырех осях.

1. *Патогенетически-динамическая ось* систематизирует психические расстройства: а) патологические реакции и неэволютивные состояния; б) нарушения психического развития и эволютивные патологические состояния; в) болезненные процессы.

2. *Патогенетически-уровневая ось* обозначает: а) психотический уровень; б) непсихотический уровень.

3. *Клинико-нозологическая ось* позволяет отнести психическое расстройство к тому или иному заболеванию (шизофрения, эпилепсия, органические заболевания головного мозга, психогенные заболевания головного мозга).

4. *Клинико-синдромологическая ось* определяет синдромы заболеваний: формы шизофрении (кататоническую, гебефреническую, простую, параноидную), клинические варианты неврозов (невроз страха, истерический невроз, невроз навязчивости, астенический невроз) и т. п. К сожалению, в этой классификации не нашли места оценка интеллектуального уровня, неврологические и соматические расстройства, личностные особенности больного ребенка и социальные влияния.

Американская классификация (DSM-IV, 1994), используемая во многих странах, предназначена для систематизации психических расстройств у взрослых и детей. Она оценивает психического больного по пяти главным осям:

ось 1 — *клинические синдромы;*

ось 2 — *расстройства личности, умственная отсталость;*

ось 3 — *соматические заболевания;*

ось 4 — *психосоциальные проблемы;*

ось 5 — *наивысший уровень функциональной адаптации в течение истекшего года.*

Из 17 разделов DSM-IV первый посвящен расстройствам младенческого, детского или подросткового возраста. Он состоит из 10 подразделов:

1) умственная отсталость;
2) расстройства обучения;
3) расстройство развития моторных навыков;
4) расстройства общения;
5) общие расстройства развития;
6) расстройство с дефицитом внимания и расстройство с деструктивным поведением;
7) расстройства пищевого поведения в младенчестве и в раннем детстве;
8) расстройства в виде тика;
9) расстройства, связанные с выделениями организма;
10) другие расстройства младенческого, детского или подросткового возраста.

Одна из задач этой диагностической системы — создание облегчающего диагностику инструмента связи как между специалистами, участвующими в лечении, воспитании и коррекционной педагогике, так и между учреждениями. Другая важная задача — способствовать целостному подходу к анализу психических расстройств у детей на основе многоосевой систематики.

Международная систематика болезней взрослых и детей (МКБ-10, 1992) и в частности, ее пятая, или F, глава, создана для унификации (в клинических, образовательных и служебных целях) диагнозов психических расстройств в разных странах. Основное ее назначение — статистический учет заболеваний, необходимый для организации служб помощи психическим больным. Она используется также для сравнения заболеваемости в разных регионах одной страны или в различных государствах, что может улучшить выяснение причин психических расстройств. В десяти разделах пятой главы МКБ-10 психическая патология представлена не болезнями, а синдромами, исключение составляют лишь деменции и употребления психоактивных веществ. Из-за этих ее особенностей она адаптируется для применения в клиниках нашей страны. Психические расстройства, характерные для детского и подросткового возраста, группируются в разделах F80—F89 (нарушения психологического развития) и F90—F98 (поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте). Некоторые расстройства, кодируемые в других разделах, могут возникать почти в любом возрасте, и их коды могут использоваться и у детей, и у подростков. Примерами могут служить расстройства пищевого поведения (F50), сна (F51) и половой идентификации (F64). Кроме того, для кодирования психических расстройств используются рубрики и других глав. Например, при наличии у ребенка припадков могут быть исполь-

зованы рубрики G40, при страдании головными болями – рубрики G43–G44 из седьмой(G) главы. Здесь полностью приводятся разделы F80–F89 и F90–F98.

F8 НАРУШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

F80 Специфические расстройства развития речи
F80.0 Специфические расстройства артикуляции речи
F80.1 Расстройство экспрессивной речи
F80.2 Расстройство рецептивной речи
F80.3 Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клеффнера)
F80.8 Другие расстройства развития речи
F80.9 Расстройства развития речи, неуточненные

F81 Специфические расстройства развития школьных навыков
F81.0 Специфическое расстройство чтения
F81.1 Специфическое расстройство спеллингования
F81.2 Специфическое расстройство навыков счета
F81.3 Смешанное расстройство школьных навыков
F81.8 Другие расстройства школьных навыков
F81.9 Расстройство развития школьных навыков, неуточненное

F82 Специфическое расстройство развития двигательных функций

F83 Смешанные специфические расстройства

F84 Общие расстройства развития
F84.0 Детский аутизм
F84.1 Атипичный аутизм
F84.2 Синдром Ретта
F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста
F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями
F84.5 Синдром Аспергера
F84.8 Другие общие расстройства развития
F84.9 Общее расстройство развития, неуточненное

F88 Другие расстройства психологического развития

F89 Неуточненное расстройство психологического развития

F9 ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, НАЧИНАЮЩИЕСЯ ОБЫЧНО В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

F90 Гиперкинетические расстройства
F90.0 Нарушение активности внимания
F90.1 Гиперкинетическое расстройство поведения
F90.8 Другие гиперкинетические расстройства
F90.9 Гиперкинетическое расстройство, неуточненное

F91 Расстройства поведения
F91.0 Расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи
F91.1 Несоциализированное расстройство поведения

F91.2 Социализированное расстройство поведения
F91.3 Оппозиционно-вызывающее расстройство
F91.8 Другие расстройства поведения
F91.9 Расстройство поведения, неуточненное

F92 Смешанные расстройства поведения и эмоций
F92.0 Депрессивное расстройство поведения
F92.8 Другие смешанные расстройства поведения и эмоций
F92.9 Смешанное расстройство поведения и эмоций, неуточненное

F93 Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста
F93.0 Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте
F93.1 Фобическое тревожное расстройство в детском возрасте
F93.2 Социальное тревожное расстройство в детском возрасте
F93.3 Расстройство сиблингового соперничества
F93.8 Другие эмоциональные расстройства детского возраста
F93.9 Эмоциональное расстройство детского возраста, неуточненное

F94 Расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского возраста
F94.0 Элективный мутизм
F94.1 Реактивное расстройство привязанности детского возраста
F94.2 Расторможенное расстройство привязанности детского возраста
F94.8 Другие расстройства социального функционирования детского возраста
F94.9 Расстройство социального функционирования детского возраста, неуточненное

F95 Тикозные расстройства
F95.0 Транзиторное тикозное расстройство
F95.1 Хроническое двигательное или голосовое тикозное расстройство
F95.2 Комбинированное голосовое и множественное двигательное тикозное расстройство (синдром де ля Туретта)
F95.8 Другие тикозные расстройства
F95.9 Тикозное расстройство, неуточненное

F98 Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
F98.0 Неорганический энурез
F98.1 Неорганический энкопрез
F98.2 Расстройство питания в младенческом возрасте
F98.3 Поедание несъедобного (симптом пика) в младенчестве и детстве
F98.4 Стереотипные двигательные расстройства
F98.5 Заикание
F98.6 Речь взахлеб
F98.8 Другие специфические поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
F98.9 Неуточненные поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

F99 Психическое расстройство без других указаний

В заключение следует подчеркнуть, что без знания классификационных рубрик систематик и понимания их содержания невозможно овладеть элементами детской психопатологии, уметь правильно оценивать психическое состояние детей и плодотворно обсуждать их проблемы со всеми, кто воспитывает и защищает их интересы.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ И ЕЕ СВЯЗЬ С ДЕФЕКТОЛОГИЕЙ И ДРУГИМИ НАУКАМИ

Детская психиатрия родилась как самостоятельная наука, ответвившись от общей психиатрии. Однако такое ее происхождение стало возможным лишь после того, как психология, с одной стороны, а педиатрия, с другой — доказали принципиальные отличия детского организма и психики. Изучение детских психических расстройств продолжается в тесной связи с достижениями многих наук.

От общей психопатологии детская психиатрия получила накопленный опыт описания симптомов и синдромов душевных расстройств и механизмов их возникновения, а от частной психиатрии — опыт изучения происхождения, течения, диагностики и лечения. Свою лепту в эффективность новой специальности внесли психофармакология (лечение душевных расстройств медикаментами) и психотерапия (воздействие на психику и через психику на организм больного). Достижения детской психологии используются для понимания своеобразия психопатологии детской личности, отличающейся своими возрастными особенностями и реакциями на средовые ситуации от взрослых. Педагогика (педология) обогатила психопатологию своими достижениями в области изучения ребенка (например, экспериментально-психологическими методами). Детская психопатология особенно тесно связана с дефектологией (специальной педагогикой) — наукой о закономерностях развития, воспитания и обучения детей, имеющих физические и психические недостатки. Взаимодействие специалистов по детской психопатологии с дефектологами происходит в разных сферах их деятельности и в различных направлениях.

Во-первых, на основе знаний о симптомах и синдромах состояний умственной отсталости, детского церебрального паралича, нарушений развития речи и органов чувств у детей эта патология выявляется с тем, чтобы педагоги могли участвовать в абилитации этих детей. Так, например, при обнаружении отставания в развитии речи, самообслуживания, игровых навыков у ребенка дошкольного возраста родители, как правило, по направлению педиатра

обращаются именно к детскому психиатру (психопатологу). В его компетенцию входит решить, действительно ли отставание ребенка является патологией, или это отклонение темпа развития носит временный характер. Если это необходимо, то он совместно с дефектологом (специальным педагогом) создает план абилитации, который осуществляется в коррекционном учреждении и семьей под руководством педагогов.

Во-вторых, особенное значение в психопатологии придается отграничению стойких состояний недоразвития от психических заболеваний. Возникающие у детей даже выраженные и относительно длительно сохраняющиеся «психические симптомы» (например, неспособность овладеть школьной программой) могут быть проявлением преходящих расстройств, не связанных с нарушением развития (психическая слабость, связанная с повторными соматическими заболеваниями). Естественно, от правильной дифференциальной диагностики будет зависеть дальнейшая судьба ребенка: направление на лечение или в коррекционное учебное заведение.

В-третьих, детско-подростковые психиатры, будучи специалистами в этой отрасли знаний, не только диагностируют у детей отставание развития, но и в своих заключениях более подробно описывают и наиболее поврежденные, и сохранные сферы психики. Так, в этих заключениях могут найти отражение, например, преимущественные поражения зрительной памяти, произвольного внимания, снижение работоспособности и интеллектуальные нарушения, что имеет большое значение для эффективности работы дефектолога (специального педагога) с ребенком, имеющим нарушения в развитии.

В-четвертых, знания педагога о нормальном формировании личности детей и об особенностях отклоняющегося развития психики позволяют управлять абилитационным (реабилитационным) процессом детей, имеющих нарушения в развитии. Контроль специалистов за успешным формированием личности ребенка, освоением навыков и приспособлением к окружающей среде возможен лишь при наличии ориентиров. Периодическая оценка развития детей позволяет при необходимости усиливать стимуляцию ребенка, менять методические подходы или признавать, что его потенциальные возможности исчерпаны. Сама дефектология (специальная педагогика) как наука развивается, опираясь на достижения многих научных дисциплин, и не в последнюю очередь на психопатологию, используя не только фактические данные, но и ее методические приемы.

Успехи социальной психологии, изучающей поведение людей в группах, также необходимы для понимания причин нервно-психических расстройств, возникающих в семьях, детских коллективах учебных заведений. Связь детской психиатрии с психогигиеной и психопрофилактикой позволяет выработать успешные меры по

предупреждению нервно-психических расстройств у детей. Опираясь на клинико-биологические науки, выявляют вредности, действующие на ЦНС и вызывающие их повреждения. Акушерские знания дают информацию о факторах, влияющих на еще не рожденного ребенка в течение беременности и во время родов. Соматические и неврологические болезни у детей, изучаемые педиатрией и неврологией, вызывают нервно-психические осложнения, знание о которых очень важно для расширения психиатрического опыта. Современная детская психиатрия для диагностики и установления механизмов развития психических болезней использует материалы генетических, нейрофизиологических, биохимических, иммунологических и др. исследований, в результате достижения этих наук значительно повышают терапевтические возможности. Таким образом, освоение современной детско-подростковой психиатрии — это использование всех знаний о больном и здоровом ребенке, так как в нервно-психических расстройствах и отклонениях в развитии проявляются все возрастные закономерности.

Как видно из вышесказанного, в науке о детских психических расстройствах на разных этапах развития преобладали то одни, то другие взгляды. Современность также отличается относительным разнообразием преобладающих в разных странах направлений.

Нозологическое направление (*гр.* nosos — болезнь) объединяет психиатров, выделяющих из массы расстройств отдельные заболевания: шизофрению, маниакально-депрессивный психоз, алкогольный, сифилитический психоз и другие. Эти специалисты вслед за Э. Крепелиным, первым выделившим психические болезни, полагают, что у каждой болезни свои причины, механизм развития, симптоматика, течение и исход, при этом допускаются различные варианты развития и клинические типы. Это направление также называется дескриптивным (описательным) из-за стремления к тщательному описанию клинической картины и особенностей течения. К сожалению, не оправдалось предположение, что для каждого заболевания будет найдено лечение, воздействующее на причину. В подавляющем большинстве случаев эффективна терапия определенных синдромов или симптомов вне зависимости от принадлежности к тому или иному заболеванию. Так, например, имеются препараты, которые успешно лечат депрессию разного происхождения. В то же время некоторые психические расстройства не укладываются в имеющиеся представления о существующих болезнях. Промежуточное положение между шизофренией и маниакально-депрессивным психозом занимают, например, шизоаффективные психозы.

Синдромологическое направление отличается тем, что психиатры, признающие его, ставят диагноз по совокупности наблюдающихся симптомов (синдрому). В связи с этим депрессия, делирий, деменция, галлюциноз, тревожное состояние, бредовое расстрой-

ство и др., будучи диагностическими категориями, определяют избранную терапию, а это при использовании определенных психотропных медикаментов может оказаться эффективным. Однако это направление не предполагает детального изучения клинической картины и целеустремленного выявления этиологии психического расстройства.

Психодинамическое направление объединяет тех, кто представляет психические расстройства как нарушения организации целостной личности, возникающие под влиянием органических, конституциональных, неврогенных, ситуационных, психогенных и социальных факторов, в результате чего возникают эргазии (реакции). Группировка последних, заменяющих представления о болезни, используется для их систематики. Вместо изучения клинических особенностей и этиологии психических расстройств предлагается поиск психологического смысла симптомов. В связи с этим психотерапия становится практически единственным средством лечения.

Психоаналитическое направление разделяют последователи З. Фрейда. Они понимают психические расстройства как следствие неудачной борьбы сознательного с бессознательным, в результате чего психологическая защита оказывается неспособной предупредить прорыв в сознание замаскированных инстинктов и влечений в виде психопатологических симптомов. Естественно, и способом борьбы с этими «комплексами» может быть только глубинная или психоаналитическая психотерапия.

Эклектическое направление представляет смешение разных взглядов на психические расстройства. Оно не только наиболее популярно во многих странах, но и является основой Международной классификации психических болезней (МКБ-10) и американской классификации психических расстройств (DSM-IV). В этих систематиках психические расстройства с известной причиной выделяются по нозологическому принципу: сосудистые, старческие, алкогольные и др. Психические расстройства с неизвестной причиной группируются по синдромологическому принципу (нарушения поведения, эмоциональные расстройства, бредовые расстройства и др.) или по психоаналитическому принципу (диссоциативные расстройства).

Рекомендуемая литература

Классификация психических и поведенческих расстройств. МКБ-10.– СПб.: АДИС, 1994.

Клиническая психиатрия/ Под ред. Г. Каплана, Б. Сэдока – М.: Гэотар Медицина, 1998.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста.– М.: Медицина, 1995.

Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е. Психиатрия.– М.: Медицина, 1995.

Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия.– М.: Академический проект. 2000.

Озерецкий Н. И. Психопатология детского возраста.– Л.: Учпедгиз, 1938.–328 с.

Руководство по психиатрии/ Под ред. А. В. Снежневского. В 2 томах.– М.: Медицина, 1983.

Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. В 3 т.– М.: Медицина, 1965.

Ушаков Г. К. Детская психиатрия.– М.: Медицина, 1973.

Глава 3
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

ФИЗИОЛОГИЯ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Впервые идеи о рефлекторном характере деятельности высших отделов головного мозга, составляющих основу поведения человека, были изложены И. М. Сеченовым. Развивая эти представления, И. П. Павлов создал учение о высшей нервной деятельности. Он доказал, что в подкорковых ядрах, мозговом стволе, спинном мозге осуществляются врожденные рефлекторные реакции, а в коре большого мозга нервные связи вырабатываются заново в процессе индивидуальной жизни человека в результате сочетания множества воспринимаемых корой раздражений.

Установлено, что у человека вырабатываются *условные рефлексы* на различные сигналы внешнего мира или внутреннего состояния организма, при соответствующих условиях возникает безусловное или условное торможение, наблюдаются иррадиация и концентрация возбуждения и торможения, индукция, динамическая стереотипия и т. д. Производится анализ и синтез сигналов предметов и явлений окружающего мира, приходящих от зрительных, слуховых и других рецепторов и составляющих *первую сигнальную систему*. В процессе социального развития у человека появилась и усовершенствовалась *вторая сигнальная система*, связанная с речью. Способность понимать, а затем и произносить слова развивается у ребенка в результате ассоциации определенных звуков (слов) со зрительными, тактильными и другими впечатлениями о внешних объектах.

Формирование в коре головного мозга временных связей первой сигнальной системы у ребенка, родившегося в срок, начинается уже через несколько дней после рождения. В 7—10-дневном возрасте могут быть выработаны первые условные рефлексы. Сосательные движения губ младенца появляются еще до того, как сосок груди вложен в рот. К концу 1-го месяца могут быть выработаны условные рефлексы на звуковые, а на 2-м месяце на световые сигналы.

Скорость образования условных рефлексов с возрастом быстро возрастает. Если в месячном возрасте для создания временной связи нужно произвести много сочетаний условного и безусловного раздражителей, то в 2—4-месячном для этого достаточно не-

скольких сочетаний. Условное торможение у ребенка вырабатывается несколько позже – на 2—4-м месяцах, при этом разные формы торможения появляются неодинаково быстро. Раньше возникает дифференцировочное торможение, позднее – запаздывательное. По мере развития ребенка различные виды условного торможения вырабатываются все быстрее.

Первые признаки развития второй сигнальной системы появляются у ребенка во второй половине 1-го года жизни. Если многократно называть и показывать какой-либо предмет, то при слове, его обозначающем, у ребенка на него появляется реакция. Вначале появляется узнавание слов, а затем ребенок учится сам называть предметы. Позже он начинает пользоваться приобретенным запасом слов для воздействия на других людей. Так, если он хочет взять игрушку, но не может до нее дотянуться, то он называет ее, пока не получит желаемое. Вторая сигнальная система в это время уже становится средством общения.

Развитие речи требует координации деятельности дыхательных мышц, мышц гортани, языка, глотки и губ. До развития соответствующего взаимодействия речевого аппарата ребенок произносит звуки и слова неправильно. Задерживает формирование речи отсутствие образцов для подражания, снабжение которыми обычно осуществляют родители. Речь становится орудием высшей ориентировки человека в окружающей среде и в самом себе. Человек, обозначая все, что воспринимает, при помощи рецепторов, может отвлечься от конкретных предметов и явлений, именно это и становится основой для развития отвлеченного, человеческого мышления.

Формирование второй сигнальной системы связано с общественной жизнью человека. Эта система – результат сложных взаимоотношений индивида с социальной средой. Речь и язык, являющиеся средствами общения, развились в процессе коллективного труда. Без общения с другими людьми вторая сигнальная система сформироваться не может. Так, дети, выросшие в зверином логове, не понимают речи, не научаются говорить.

У детей после образования условного рефлекса на звонок или свет красной лампы слова «звонок», «красный свет» вызывают сразу (без предварительного сочетания с безусловным раздражителем) выработанный рефлекс. Этот же условно-рефлекторный ответ возникает, если сам испытуемый произносит слово вслух или мысленно. Механизм таких условно-рефлекторных реакций состоит в том, что в процессе формирования речи (до проведения этих экспериментов) уже возникли прочные связи между корковыми пунктами, воспринимающими сигналы от различных предметов, и центрами речи, воспринимающими словесные обозначения предметов. Это явление называют элективной иррадиацией, т. е. передачей возбуждения из областей мозга, воспринимающих

сигналы первой сигнальной системы, в области, воспринимающие слова, и обратно.

Слово воспринимается человеком не как сумма звуков, не как звуковой раздражитель, а как определенное понятие, т. е. усваивается его смысл. Если выработать условный рефлекс на какое-то слово, например «дом», то и заменившее его слово-синоним «здание» вызовет ту же реакцию.

Первая и вторая сигнальные системы после сформирования у ребенка речи не отделимы друг от друга. У человека все восприятия, представления и большинство ощущений связаны с определенным словом. Возбуждение первой сигнальной системы, вызываемое конкретным сигналом от предмета и явлений природы, передается во вторую сигнальную систему.

Конкретно-чувственное отражение окружающего мира и состояния организма (ощущения) возможно благодаря первой сигнальной системе.

Временная связь – важнейшее физиологическое, а вместе с тем и психическое явление, то, что в психологии называется ассоциацией. В результате образования временных связей на основе получения многих сигналов от одного и того же предмета (или явления) достаточно ощущения части свойств предмета (или явления), чтобы возникла такая же реакция, как на предмет или явление в целом. Это следствие генерализации возбуждения в коре мозга. В процессе дальнейших восприятий происходит дифференцирование – различение отдельных свойств предметов. Сложные восприятия связаны с анализом и синтезом комплексных раздражений.

Возникновение представлений – результат происходящих в коре мозга анализа и синтеза следов от сигналов, действовавших ранее. Эта более совершенная форма отражения мира вырабатывается на основе системности, т. е. динамической стереотипии. В основе представлений лежат цепи ассоциаций, т. е. более сложные временные связи.

Способность мыслить посредством отвлеченных понятий, выражаемых словами, задуманными, произнесенными или написанными (вторая сигнальная система), сделало возможным возникновение абстрактно-обобщенного отражения окружающего мира, которое дает человеку преимущества в познании мира и приспособлении к нему.

Различные проявления высших нервных функций, связанные с интеллектом человека, имеют определенную локализацию в мозге. Обнаружено неодинаковое значение в функциях второй сигнальной системы левого и правого полушарий головного мозга. *Левое полушарие* у правшей является доминирующим, и поражение определенных его участков (например, в результате травмы) влечет за собой нарушение речи, функций узнавания и целенаправленного

действия, т. е. функций, связанных со второй сигнальной системой. Левое полушарие обеспечивает развитие отвлеченного логического мышления (восприятие, переработку, анализ и синтез сигналов второй сигнальной системы). *Правое полушарие* ответственно за восприятие, переработку, анализ и синтез сигналов первой сигнальной системы, т. е. непосредственных впечатлений от окружающей действительности. Преобладание у людей логического или образного мышления связано с доминированием функции соответствующего полушария. При нормальном взаимодействии обоих полушарий осуществляется взаимосвязь первой и второй сигнальных систем, возможность их непрерывного взаимодействия. Разделение функций полушарий относительно, оно возникло в процессе обучения человека языку и усугубляется по мере развития логического мышления. Нормальная психическая деятельность осуществляется всем мозгом.

Физиологические механизмы поведения человека — результат совместной деятельности обеих сигнальных систем, подкорковых и стволовых образований мозга. Человек может произвольно затормаживать свои безусловные реакции, сдерживать многие проявления инстинктов и эмоций. Он может подавлять оборонительные, пищевые и половые рефлексы. В то же время подкорковые ядра, ядра мозгового ствола и ретикулярная формация своими импульсами активируют деятельность коры головного мозга, поддерживают ее нормальный тонус.

Функции, связанные с речью, ее пониманием, произнесением слов, осмысленным узнаванием предметов, целенаправленной деятельностью и предвидением ее результата осуществляются сложными, совместно работающими структурами коры мозга и подкорковых центров, образующих функциональные системы из очень большого количества нейронов.

Адекватное взаимодействие человека с окружающей средой и соответствующая ей деятельность могут происходить лишь при условии, что органы чувств снабжают центральную нервную систему информацией, объективно отражающей воспринимаемый мир. Большое значение для обеспечения достоверности восприятия имеет сопоставление показаний одних анализаторов с показаниями других. Например, восприятие величины предметов, расстояния до них, их движения или покоя достигается благодаря одновременному поступлению в мозг сигналов от органов зрения, осязания и проприоцепторов. Ребенок с раннего возраста интегрирует в единое целое полученные разнообразные сведения, проверяя их в процессе своей активности. Таким образом, формируется непреклонная уверенность в правильном восприятии реального мира. В коре головного мозга приходящие извне сигналы взаимодействуют не только с теми, которые идут в настоящее время, но и со следами, оставленными в ней раздражителями, действовавши-

ми на организм прежде. Это обеспечивает оценку явлений, протекающих и в пространстве, и во времени.

Поведение человека не сводится к комплексу рефлекторных реакций. Оно представляет собой не просто приспособление к изменяющимся условиям среды с целью сохранения своего постоянства, а активное преобразование среды. Деятельность человека связана с четким представлением о задаче, цели и ожидаемом результате действия, который необходимо достигнуть. Цели, которыми руководствуется человек в своей деятельности, определяются его биологическими и социальными потребностями. Удовлетворение их — основное условие, обеспечивающее жизнь человека.

Нейрофизиологическая структура целенаправленной деятельности и контроль ее адекватности, способствующей оптимальному приспособлению к среде, очень сложна. П. К. Анохиным предложена концепция функциональной системы, объясняющей механизм саморегуляции физиологических процессов и структуры поведенческих реакций. В соответствии с этой концепцией перед началом любой целенаправленной деятельности осуществляется афферентный синтез. Это означает, что проводится анализ и синтез приходящей информации: биологической мотивации (имеющихся потребностей), оценки обстановки (условий окружающей среды), причины необходимости начала деятельности и памяти (жизненного опыта). Афферентный синтез заканчивается формированием программы действия: 1) *эфферентной программы действия* (последовательности нервных команд, поступающих к исполнителям: мышцам, внутренним органам) и 2) *акцептора результата действия* (нейронной модели предполагаемого результата, к которому должно привести данное действие). Осуществление действия приводит к результату, который оценивается с помощью полученных сигналов об эффективности действия, т. е. обратной связи. Это звено замыкает разомкнутую рефлекторную дугу в кольцо. Информация о полученном результате действия сравнивается с прогнозом, закодированным в акцепторе результата действия. Если полученный результат соответствует ожидаемому, данная функциональная система перестает существовать, так как это означает, что цель, стоявшая перед организмом, достигнута.

Таким образом, поведение строится не по типу стимул—реакция, а по принципу непрерывного кольцевого взаимодействия организма и среды. Любая деятельность начинается с создания плана и программы определенной поведенческой реакции и нейронной модели ее предполагаемого результата. При этом рефлекторная дуга не упраздняется, она органически вписывается в кольцо, представляя собой его часть. Сами реальные механизмы работы мозга еще сложнее, чем пытаются это представить.

Человек — продукт не только биологической эволюции, но и социальной среды. Деятельность человеческого мозга детермини-

рована всем прошлым опытом человечества (условиями социальной жизни).

Взаимодействие в коре головного мозга процессов возбуждения и торможения, формирования типов высшей нервной деятельности, механизмы возникновения стенических и астенических отрицательных эмоций, взаимодействие сознания и подсознания, творческое озарение, т. е. способность принимать мгновенно правильные решения, догадка и многие другие явления высшей нервной деятельности человека также пока не могут быть объяснены существующими моделями поведенческих реакций.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Что такое условный рефлекс? 2. Что такое безусловный рефлекс? 3. Что такое первая сигнальная система? 4. Что такое вторая сигнальная система? 5. В каком возрасте появляются первые условные рефлексы? 6. В каком возрасте появляется условное торможение? 7. Что такое элективная иррадиация? 8. Каков нейрофизиологический механизм представлений? 9. Каково значение правого полушария в функциях сигнальных систем? 10. Какая сигнальная система представлена преимущественно в левом полушарии? 11. Что такое афферентный синтез? 12. Что такое акцептор результата действия?

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Изучение физиологических основ (патофизиологических механизмов) психических расстройств особенно интенсивно проводилось И. П. Павловым и его школой. Были получены материалы, касающиеся многих психических заболеваний. В дальнейшем интерес к этим исследованиям упал, и они не получили большого развития. В этой связи здесь будут приведены результаты изучения патофизиологических механизмов психических расстройств, полученных, главным образом, физиологами, учениками и последователями И. П. Павлова.

Выявлены следующие общие закономерности нарушений высшей нервной деятельности (ВНД), которые могут обусловливать психические расстройства.

Ослабление основных нервных процессов и нарушение их отношений. Если ослабление возбудительного или тормозного процесса перейдет определенный предел, если они перестанут уравновешивать друг друга и их подвижность, смена одного другим станет или чрезмерно легкой, или, напротив, крайне затрудненной, то это может явиться основой для возникновения психического расстройства.

Охранительное торможение и гипнотические фазы. Торможение может иметь важное защитное, охранительное значение. Сверхсильные, превышающие возможности нейронов раздражения затормаживают, выключают их, освобождают от реагирования на эти раздражения и тем самым спасают от гибели. Во время такого торможения нейроны отдыхают и становятся снова работоспособными. Охранительное торможение различается по своему распространению в мозгу, по глубине и интенсивности. Если торможение охватывает всю кору больших полушарий и нижележащие отделы мозга, если оно настолько глубоко, что психическая деятельность прекращается и мозг на раздражения не реагирует, наступает сон. Промежуточные состояния между сном и бодрствованием называются гипнотическими фазами. В этих фазах мозг на раздражения реагирует иначе, чем в здоровом состоянии. В гипнотических фазах рефлекторные реакции извращены. Эти извращенные реакции мозга на воздействия внешней или внутренней среды могут стать основой возникновения психических расстройств.

«Изолированные больные пункты» в коре больших полушарий. Распространенность областей в мозгу, в которых могут происходить срывы высшей нервной деятельности, различны. Иногда возникают очень ограниченные «изолированные больные пункты». В них происходит избирательное болезненное реагирование только на определенный раздражитель, при этом реакция может быть самой различной: то в форме чрезмерной инертности или лабильности одного из основных процессов, то в несоразмерном его усилении или ослаблении. Формирование больного пункта может стать основой психического расстройства.

Разобщенная деятельность отделов мозга и его сигнальных систем. Целостное функционирование мозга осуществляется нормальным соотношением и отсутствием разобщенности между корой и «подкоркой», с одной стороны, и первой и второй сигнальными системами, с другой. Распространение возбуждения и торможения посредством индукции, иррадиация или концентрация нервных процессов, болезненное их ослабление, лабильность или инертность, возникновение гипнотических фаз — все это может стать причиной разобщенной деятельности мозга и явиться основой психического расстройства.

Единство физиологических мер защиты и патологии. В ответ на различные вредности, действующие на мозг, требования, превышающие работоспособность и выносливость, нейроны защищаются с помощью охранительного торможения, гипнотических фаз и т. п. Однако в то же время эти же структуры выключаются из нормальной деятельности мозга. Вследствие этого деятельность различных отделов мозга становится разобщенной, а реакции мозга извращенными. Эти защитные механизмы нейронов

обеспечивают сопротивление болезням, но и сами приводят к расстройствам психической деятельности.

Физиологические основы психогенных расстройств (неврозов). Развитию психогенных расстройств предшествует переработка личностью психотравмирующих переживаний. Возникнувший комплекс переживаний, заряженный отрицательным аффектом (страхом, чувством неуверенности и т. д.) провоцирует образование компенсаторных механизмов. Если способность личности к преодолению психотравмирующих переживаний недостаточна, развиваются психогенные расстройства. Расстройство отношений личности называют неврозом. Физиологической основой психогенных расстройств (неврозов) являются срывы высшей нервной деятельности в результате «перенапряжения нервных процессов» или их «ошибки».

Для ***истерии*** характерны: 1) чрезвычайная подверженность гипнотическим состояниям, обусловленная тем, что даже обычные жизненные раздражения оказываются сверхмаксимальными, вызывают запредельное торможение разлитого характера по типу парадоксальной фазы; 2) чрезвычайная фиксированность и концентрированность нервных процессов в отдельных пунктах коры, обусловленные влиянием подкорки; 3) чрезмерная сила и распространенность отрицательной индукции, которая зависит от слабого тонуса коры. Возникновение истерии отмечается у индивидов со слабым типом нервной системы и у представителей более или менее сильных типов, но подвергшихся «ударам жизни».

При ***психастении*** имеется общая слабость основы взаимоотношений организма со средой, т. е. первой сигнальной системы, эмоциональности и подкорковых отделов мозга. Основа этого невроза – в слабости этих двух инстанций мозга, следствием чего является как нарушение взаимодействия корковой и подкорковой деятельности, так и нарушения взаимосогласованной работы сигнальных систем. Преобладание у психастеников пассивно-оборонительных реакций объясняется тем, что эти реакции, будучи самыми ранними, врожденными, в дальнейшем подавляются другими инстинктами. Но так как последние слабы у психастеника, то сохраняются пассивно-оборонительные реакции. Для психастеников характерна также инертность раздражительного процесса. В происхождении частых у психастеников навязчивостей помимо инертности отчетливо выступает роль фазовых состояний.

Неврастения – невроз, развивающийся у индивида со слабым типом ВНД в комбинации со средним человеческим типом, т. е. для ее возникновения помимо общей слабости нервной системы необходимо еще и равновесие между сигнальными системами, отсутствие преобладания одной из них. При неврастении выступают черты слабости во всех трех инстанциях соотношения организма с окружающей средой: в пищевых, оборонительных и половых безу-

словных рефлексах, во всей корковой деятельности – и в первой, и во второй сигнальных системах. При этом слабый раздражительный процесс лабилен, взрывчат и сочетается с недостаточностью тормозного процесса. Слабость обоих процессов проявляется также и в застойности раздражительного процесса. У одних больных преобладает раздражительный процесс (слабость внутреннего торможения), у других – слабость раздражительного процесса, а у третьих – апатия и вялость в связи с развитием охранительного торможения [Иванов-Смоленский А. Г., 1971].

Невротические расстройства могут обнаруживаться в детском возрасте, в этом случае в их происхождении участвует врожденная слабость нервной системы, ранние неоднократные заболевания или нарушения питания.

Психотравмирующая ситуация оказывает патогенное влияние при наличии таких особенностей личности, которые придают особое значение возникшим неблагоприятным обстоятельствам жизни. Фактором, способствующим возникновению невроза, оказывается отсутствие подвижных, быстро приспосабливаемых к меняющимся условиям среды установок [Узнадзе Д. Н., 1966]. Одним из механизмов возникновения невроза могут быть расстройства сна, не выполняющего в связи с этим важной роли психологической защиты. Активизирующие и синхронизирующие аппараты мозга участвуют во взаимодействии психотравмирующей ситуации с особенностями структуры личности при формировании невротического конфликта. Большое значение имеет участие мотивационных систем, лимбических механизмов и межполушарного взаимодействия. М. Г. Айрапетянц и А. М. Вейн (1982) считают характерным патофизиологическим механизмом для неврозов синдром дезинтеграции, который складывается из нарушенных физиологических взаимоотношений между отдельными функциональными системами мозга и внутри них.

Физиологические основы расстройств личности (психопатий). Для понимания формирования расстройств личности может помочь то, что ее составляющими, как и здоровой личности, являются темперамент и характер.

Характер – «совокупность стержневых психических свойств человека, накладывающих отпечаток на все его действия и поступки, тех свойств, от которых прежде всего зависит, как ведет себя человек в различных жизненных ситуациях» [Теплов Б. М., 1954]. Характер – это сплав врожденных и приобретенных свойств личности.

Темперамент – это врожденные особенности ВНД, выражающиеся эмоциональным реагированием и двигательной активностью, включающие в себя тонус и темп психических проявлений и характеризующиеся силой, подвижностью и уравновешенностью основных нервных процессов. В основу выделения типов нервной

системы положены следующие признаки: сила возбуждения и торможения, уравновешенность и подвижность (насколько легко осуществляется переход нейронов из состояния возбуждения к состоянию торможения). Последнее качество определяет, насколько легко образовываются новые и тормозятся старые условные рефлексы.

И. П. Павловым описано четыре основных типа ВНД: 1) *сильный уравновешенный подвижный тип*, характеризующийся силой возбуждения и торможения, а также их легкой сменяемостью; 2) *сильный уравновешенный неподвижный тип*, отличающийся трудностью переключения процессов возбуждения и торможения; 3) *сильный неуравновешенный тип* (безудержный), характеризующийся преобладанием возбуждения и относительно слабым торможением; 4) *слабый тип*, характеризующийся слабостью обоих нервных процессов и невыносливостью.

Выделены также специальные, свойственные только человеку три типа ВНД: 1) *средний тип*, характеризующийся уравновешенностью и гармоничным сочетанием первой и второй сигнальных систем; 2) *«художественный» тип*, отличающийся относительно более сильной первой сигнальной системой в сравнении со второй и конкретным образным мышлением; 3) *«мыслительный» тип*, обнаруживающий относительно сильную вторую сигнальную систему в сравнении с первой и отвлеченное, словесное мышление.

Болезненным нарушением формирования описанных типов ВНД объясняют происхождение расстройств личности (психопатий). Полагают, что ***астенические психопатии*** соответствуют слабому типу нервной системы. ***Возбудимые психопатии*** рассматривают как патологический вариант сильного неуравновешенного типа. ***Паранойяльную психопатию*** расценивают как такую патологическую личность, которая отличается склонностью к образованию очагов застойного возбуждения во второй сигнальной системе. При этом повышенная их эмоциональность — фактор, поддерживающий тонус возбуждения в очаге патологической инертности. Патофизиологическая основа ***гипертимических психопатических личностей*** — нарушение тех отделов мозга, от которых преимущественно зависят эмоции (подкорковые узлы и связанные с ними структуры коры большого мозга). За возникновение ***психастенических личностей*** ответственна при общей слабости нервной системы, эмоциональной слабости крайняя степень преобладания второй сигнальной системы над первой. Ее развитие связано также с развитием в нервной системе «парадоксальной стадии парабиоза», поэтому реальные раздражения извне производят меньшее действие, чем физиологически слабые словесные стимулы. ***Истероидная психопатия*** — продукт формирования такого патологического развития, при котором на фоне общей слабости высших отделов головного мозга особенно слаба вторая

сигнальная система, а первая сигнальная система оказывается доминирующей. Относительное преобладание активности подкорковых образований мозга обусловливает необычную эмоциональность, бурность проявления аффектов и, с другой стороны, яркость образов фантазий (первая сигнальная система).

Физиологические основы эпилепсии. Согласно мнению И. П. Павлова, изменение ВНД при эпилепсии выражается в склонности к образованию в каком-либо пункте мозга сильного возбуждения с чрезвычайной инертностью. Большой пункт в мозгу у эпилептика характеризуется патологическим накоплением исключительно сильного возбуждения, его инертностью и периодической разрядкой этого возбуждения в форме взрыва. Сила, взрывчатость и периодичность – характерные черты ВНД больных эпилепсией. Во время эпилептического приступа разрядка накапливающегося в очаге инертного сильного возбуждения протекает при динамической смене основных нервных процессов как в коре, так и в нижележащих отделах мозга – в «подкорке» и в стволе, преимущественно участвующих в разных фазах припадка. Взрыв возбуждения в двигательном анализаторе проявляется в судорожной фазе припадка, развертывается на фоне быстро развивающегося торможения всей остальной части коры (в порядке отрицательной индукции), результатом чего является потеря сознания. Спускающаяся волна возбуждения в двигательном анализаторе сопровождается отрицательной индукцией (в форме торможения) и в нижележащих отделах мозга, о чем свидетельствует отсутствие во время эпилептического припадка реакции зрачков на свет и стремительное падение больного вследствие резкого ослабления мышечного тонуса. Физиологическая основа типичных изменений личности при эпилепсии (тугоподвижность, прилипчивость, вязкость) – преобладание инертности в процессах высшей нервной деятельности.

Физиологические основы шизофрении. Главным в патологических изменениях ВНД при шизофрении считается наличие в больших полушариях мозга различных гипнотических фаз, дробного и расположенного в отдельных пунктах мозга торможения. Расщепление психики объясняется тем, что по мере увеличения таким образом измененных и ослабленных пунктов в мозгу возрастает «разложение коры полушарий, расщепление нормальной, связанной работы их». Отмечается, что «всякое мышление, не соответствующее и отвлеченное от действительности, есть аутистическое». Аутизм больных шизофренией коренится в преобладании внутренних следовых раздражений над внешними в силу измененного реагирования нейронов полушарий головного мозга, находящихся в состоянии гипнотического торможения. Аутизм в более поздних стадиях шизофрении связывается с «прорешливостью полушарий». Физиологические механизмы атактического расстройст-

ва мышления и разорванности речи больного шизофренией можно охарактеризовать высказыванием И. П. Павлова (1949): «Его (больного шизофренией) речь беспутна, потому что в коре уже есть больные пункты, из-за которых получаются перескоки мыслей, ненормальные переходы от одной к другой». В основе кататонии у больных шизофренией лежит длительное торможение в отделах мозга, управляющих движением человека. Заторможены те нервные центры, с деятельностью которых связаны произвольные и непроизвольные движения, а также способность к устной и письменной речи. Причиной такого торможения является слабость нервных клеток коры головного мозга, в которых легко наступает истощение, так как для них и нормальные раздражения являются сверхсильными. Истощение же ведет к торможению, которое имеет защитный, охранительный характер и предотвращает угрозу разрушения нейронов коры мозга.

? Темы для самостоятельной работы

1. Охранительное торможение и гипнотические фазы. 2. Физиологические основы психогенных расстройств (неврозов). 3. Физиологические основы расстройств личности (психопатий). 4. Физиологические основы эпилепсии. 5. Физиологические основы шизофрении.

Рекомендуемая литература

Айрапетянц М. Г. Неврозы в эксперименте и в клинике.— М.: Наука, 1982.— 272 с.

Анохин П. К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса.— М.: Медицина, 1968.— 547 с.

Бехтерева Н. П. Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека.— Л.: Медицина, 1974.— 151 с.

Иванов-Смоленский А. Г. Очерки экспериментального исследования высшей нервной деятельности человека.— М.: Медицина, 1971.— 448 с.

Косицкий Г. И. Лекции по клинической физиологии.— М.: Изд. 2 ММИ, 1974.— 144 с.

Павлов И. П. Лекции о работе больших полушарий головного мозга. Полн. собр. соч., т. 4.— М.— Л., Изд. АН СССР, 1951.— 451 с.

Сеченов И. М. Рефлексы головного мозга.— М. Изд. АН СССР, 1961.—61 с.

Теплов Б. М. Типологические свойства нервной системы и их значение для психологии.— М.: ВНИТИ, 1962.

Узнадзе Д. Н. Психологические исследования.— М.: Наука, 1966.— 451 с.

Глава 4
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕТСКОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ

Детская психопатология вступила в XXI век, завершив свое формирование в качестве научной дисциплины. Однако дальнейшее ее развитие находится в зависимости от использования достижений смежных дисциплин, на которые она традиционно опирается. В первую очередь это касается психологии. В процессе подготовки специалистов, работающих с детьми, следует учитывать, что они будут нуждаться в инструменте для понимания и управления как нормальными детьми, так и детьми с отклонениями. Специальные же психологи и педагоги не смогут обойтись без знаний и умений, которые должны позволить им дифференцировать нормальное и аномальное развитие, проводить коррекцию выявленной патологии и прослеживать эффективность этой работы.

В связи со сказанным освоение психопатологии должно опираться на понимание того, что такое психическое здоровье. Его оценка должна быть всесторонней и складываться из оценок степени нормальности психического развития, душевного состояния, реакций индивида на окружение, поведения в целом, взаимоотношений с другими.

Психическое здоровье составляет важную, но все-таки часть общего здоровья индивида. Поэтому приведем здесь его определение из преамбулы устава ВОЗ. «*Здоровье* — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических недостатков или физических дефектов».

Из существующих определений психического здоровья или психической нормы обратим внимание только на некоторые из них. Так, дефиниция, сформулированная психиатрами и философом, звучит следующим образом: «Психическая норма — индивидуальная динамическая совокупность психических (индивидуально- и социально-психологических) свойств конкретного человека, которая позволяет ему адекватно своему возрасту, полу и социальному положению познать окружающую действительность, адаптироваться к ней и выполнить свои биологические и социальные функции соответственно возникающим личным и общественным потребностям, общепринятой морали» [Бачериков Н. Е., Петленко В. П., Щербина Е. А., 1985.]. Подходы к оценке того, что считать нормой, могут быть разными. У врачей это — но-

зоцентрический подход. Психиатры исходят из предположения, что при исследовании индивида для определения его нормальности следует исключить отклонения от нормы в его развитии, поведении, способности адаптироваться к окружающей среде. Иными словами, необходимо убедиться в отсутствии симптомов психических расстройств, и проблема будет решена. Нормоцентрический подход, которым пользуются главным образом психологи, состоит в сопоставлении полученных данных исследования психики у конкретного индивида с имеющимися нормативами.

Первый, *нозоцентрический, подход* таит в себе опасность обнаруживать симптомы заболеваний чаще, чем они на самом деле существуют, так как имеется соблазн любые отклонения толковать как болезненные. Существенно и то, что такой подход, рассматривая нарушения поведения как «симптомы и заболевание», превращает индивида в больного, пренебрегая динамикой его поведения и переживаниями. Индивид, получив этикетку «больного», не оценивается как личность, переживающая трудные жизненные обстоятельства и реагирующая невротическим или даже психотическим поведением с целью избавления от стрессов.

Второй, *нормоцентрический, подход* на практике может привести к желанию все обнаруженные особенности психики понимать как вариант отклонения от нормы. Попытки объяснения любых психических отклонений в терминах психологии может привести к пренебрежению необходимой в некоторых случаях медикаментозной терапией. Из этого следует, что диагностика для большей объективности требует применения обоих инструментов.

Для установления факта психического здоровья или выявления имеющихся отклонений необходимо выработать критерии оценки здоровья [Никифоров Г. С., 1998].

1. Критерий *психического равновесия* позволит судить о характере функционирования психики индивида с разных сторон (познавательной, эмоциональной). Например, можно будет оценить равновесие личности с социальным окружением.

2. *Гармоничность организации психики*, которая может быть, например, оценена по соотношению развития познавательных процессов и дифференцированности эмоциональной реактивности, — существенный показатель перспектив социального приспособления.

3. *Адаптивные возможности личности* не менее важный индикатор психической нормы. Только конечный результат того, как приспосабливается индивид к своему окружению, имеет для него жизненное значение, а вовсе не то, насколько хорошо у него развиты интеллект, воля или аффективная сфера.

Более плодотворной альтернативой отдельным критериям нормы является комплексный подход к оценке психического здоровья по свойствам, состояниям и процессам психики.

Для оценки *свойств* нормальной личности чаще всего используются следующие показатели: оптимизм, сосредоточенность, уравновешенность, нравственность, адекватная притязательность, уверенность в себе, необидчивость, неленость, независимость, естественность, ответственность, чувство юмора, доброжелательность, терпеливость, самоуважение, самоконтроль.

Нормальными психическими *состояниями* считают эмоциональную устойчивость, зрелость чувств, совладание с негативными эмоциями, свободное проявление чувств, сохранность оптимального самочувствия.

Нормальные психические *процессы* должны адекватно отражать окружающую действительность, позволять адекватно воспринимать самого себя, устойчиво концентрировать внимание, удерживать информацию в памяти, быть способным к логической обработке информации, обеспечивать критичность мышления, креативность, управление мыслями.

При этом важно, чтобы психические функции были интегрированы, гармоничны, уравновешены. Личность следует оценивать по степени ее духовности, приоритету гуманистических ценностей, ориентации на саморазвитие. Нормальная самоуправляемая личность целеустремленна, энергична, обладает адекватной самооценкой.

В то же время психическая норма не является чем-то застывшим, неизменным. В попытках самовыражения индивид нередко сталкивается с необходимостью выбора между адаптацией и развитием своих потенциальных возможностей. Эта ситуация может оказаться настолько трудной, что вызовет либо тяжелую тревогу, либо сильную депрессию, если борьба для достижения цели окажется бесполезной. Нормально, если возникнут механизмы психологической защиты, облегчающие состояние личности. Жизнь нормального человека — смена разных нормальных психических состояний: активации, апатии, гиподинамии, депрессии, напряжения, подъема и т. д.

Констатация психической нормы не является завершением оценки. В практических целях производится подразделение индивидов, не страдающих явными психическими отклонениями, на группы здоровья. Это позволяет, зная уязвимые сферы личности (группы здоровья), индивидуализировать меры, защищающие ее от возможных психических нарушений, и сделать их более эффективными.

Для детской психопатологии оценка психической нормы представляется особенно важной по ряду соображений. Во-первых, в процессе развития постоянно меняются функциональные возможности детской личности, и это потребует диагностики с учетом возрастной динамики. Во-вторых, в связи с лабильностью детской психики всякая оценка должна производиться с учетом возмож-

ных отрицательных внешних воздействий, которые способны исказить истинное психическое состояние. В-третьих, психическая норма развивающейся личности зависит и от кризисов, возникающих в процессе ее формирования. В-четвертых, от оценки соответствия психики ребенка норме зависит его будущая судьба, так как диагностика определит его обучаемость, место учебных занятий и программу обучения.

Темперамент. Психопатологическое исследование не сможет выполнить свою задачу, если не оценит врожденные психические качества (темперамент) исследуемого ребенка.

Темперамент представляет собой особый контур саморегуляции психической деятельности, поддерживающий баланс уровня и разнообразия психической активности и тем самым обеспечивающий, с одной стороны, неразрывность, континуальный характер психической деятельности, возможность самого ее осуществления в любой интервал времени существования индивидуума, а с другой – уровень ее квантования, качественной дискретизации, возможности и темпы взаимопереходов, смены видов психической активности [Маничев С. А., 1998].

Темперамент как способ формально-динамической интеграции и саморегуляции психической деятельности в свою очередь интегрирован в структуру личности. Об этом говорят, с одной стороны, факты зависимости проявлений темпераментных свойств от отношений личности: темпераментные различия проявляются при активном отношении индивидуума к ситуации, т. е. когда энергетические и темповые характеристики психической деятельности приближаются к граничным для индивидуального темперамента значениям. Темпераментные различия проявляются также в экстремальных ситуациях, когда действует сильный мотив, требуются предельное, близкое к граничному, напряжение сил и быстрые изменения способов действий. С другой стороны, свойства темперамента оказывают влияние на формирование личности. Например, чувствительность индивидуума к жизненным критическим событиям, само определение события как критического определяется наряду с другими факторами темпераментными свойствами тревожности и активности, эргичности. Поскольку критические жизненные события связаны с появлением личностных новообразований (отношений, мотивов и т. д.), постольку темпераментные свойства оказывают опосредованное влияние на формирование личности.

Особенности темперамента оказывают влияние на то, как дети справляются с учебной программой. Одни медленно усваивают материал, другие непоседливы, третьи не способны на длительную концентрацию внимания. Только понимание этих особенностей детей сможет защитить их от ярлыка умственно отсталых.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИКИ ДЕТЕЙ

Формирование психопатологических расстройств находится в прямой зависимости от возрастных особенностей психики детей. В этой связи без знаний закономерностей развития психики невозможно ни диагностировать, ни понять симптоматику детских нервно-психических расстройств.

Психика детей в процессе развития постоянно меняется, приобретая в каждом возрасте свои характерные черты. Возрастное развитие характеризуется метрическим и топологическим свойствами [Ананьев Б. Г.].

Метрическое свойство — длительность протекания тех или иных процессов или состояний, а также временная характеристика изменений в психике. При этом установлено, что развитие происходит неравномерно. Отдельные психические функции и качества формируются разными темпами, то ускоряясь в своем развитии, то замедляясь. В определенный период времени ребенок может отставать в развитии (ретардация), затем под влиянием стимуляции в процессе обучения или спонтанно развитие ускоряется. Возможно также и ускорение развития (акселерация), которое не обязательно будет продолжаться весь период детства или подростничества. С другой стороны, развитие гетерохронно, т. е. разные психические функции проходят одни и те же этапы возрастного развития в разное время. Более часто гетерохрония наблюдается у детей раннего возраста или у подростков. У тех детей, у которых она особенно выражена, диагностируют асинхронию развития.

Топологическое свойство — определенность того или иного состояния, фазы или периода развития.

При составлении периодизаций используются оба свойства развития: метрическое и топологическое. Классификации психического развития — большое подспорье для диагностики психических расстройств. Так, например, классификация развития интеллекта Ж. Пиаже (1969) должна использоваться для суждения о нормальном или отклоняющемся формировании интеллектуальных функций ребенка.

Ведущие типы деятельности являются критерием классификации Д. Б. Эльконина. Они являются ориентиром для оценки предметно-манипулятивной, игровой, учебной или профессиональной деятельности детей и подростков и выявления отклонений при различных формах патологии психики.

Выявлению патологических отклонений в процессе развития личности способствует классификация Э. Эриксона (1996). Анализируя формирование «Я» у ребенка или подростка, можно в соответствии с этой классификацией оценить характер нарушений, время возникших отклонений и наметить пути коррекции.

Другие классификации (Ш. Бюллер, 1924, А. Гезелла, А. Валло-

на и др.), квалифицирующие развитие по нескольким параметрам, дают материал для многосторонней оценки формирующейся психики. Так, например, в классификации А. Валлона (1967), который концентрируется на формировании поведения и личности, используются четыре критерия развития: 1) двигательная деятельность; 2) речь; 3) приспособительные реакции; 4) личностно-социальное поведение. Хотя А. Валлон утверждает, что не существует единого ритма развития у всех детей, но и он констатирует существование периодов, характеризующихся «своими признаками, своей специфической ориентацией и представляющих собой своеобразный этап в развитии ребенка». Им выделяется семь стадий. *Импульсивная стадия* (до 6 мес.) — стадия рефлексов, автоматически возникающих в ответ на стимул. *Эмоциональная стадия* (6—10 мес.) — накопление репертуара эмоций. *Сенсомоторная стадия* (10—14 мес.) — появление практического мышления. *Проективная стадия* (14 мес.— 3 года) — появление способности исследовать мир и воздействовать на объекты. *Персоналистская стадия* (3—6 лет) — развитие независимости и обогащение «Я». *Учебная стадия* (от 6 до 12—14 лет) — мышление становится более объективным, возрастает независимость. *Стадия полового созревания* — сосредоточение на своей персоне и потребностях собственного «Я». Из концепции автора следует, что весь ход развития обусловлен взаимодействием между индивидом и социальной средой. Именно это делает полезной классификацию для использования в диагностических целях.

Наряду с психологами детские психиатры [Ушаков Г. К., 1973, Ковалев В. В., 1984] внесли свою лепту в создание периодизации развития психики. Они исходили из наблюдений, что выделенные ранее периоды формирования психики детей отличаются преимущественными для определенного возраста формами реакций и особенностями поведения.

По мнению В. В. Ковалева, существуют *четыре основных возрастных уровня реагирования:* 1) соматовегетативный (0—3 года); 2) психомоторный (4—10 лет); 3) аффективный (7—12 лет); 4) эмоционально-идеаторный (12—16 лет).

Для первого уровня характерны повышенная общая и вегетативная возбудимость, склонность к расстройствам пищеварения, питания, сна, навыков управления сфинктерами мочевого пузыря и прямой кишки. В связи с этим преобладающей клинической формой в этом возрасте является невропатия. Более того, и при других нервно-психических заболеваниях на первом плане оказывается неспецифическая для них соматовегетативная симптоматика.

Второму уровню свойственны общие или локальные двигательные расстройства в форме гиперкинезов, тиков, заикания, мутизма. Частая форма психопатологии в этом возрасте гиперди-

намический синдром. Но даже и при других заболеваниях (например, невроз) двигательная расторможенность или суетливость скрывают менее выраженную симптоматику, свойственную основной болезни.

Для третьего уровня наиболее типичны страхи, явления повышенной аффективной возбудимости, уходы, бродяжничество. У детей в этом возрасте обычно встречающиеся нарушения поведения, как правило, сочетаются с выраженными эмоциональными расстройствами и т. д.

Основная форма реагирования, присущая четвертому уровню,— склонность к возникновению сверхценных образований (реакций протеста, эмансипации, ипохондрических переживаний, психической анорексии, дисморфомании). Обычно эта, присущая возрасту психопатология и является характерной для подростков, даже если она и несвойственна основному заболеванию. Знание возрастных особенностей реагирования психики и преобладающих в соответствующем возрастном периоде симптомов позволяет увидеть за ними симптоматику, патогномоничную основному заболеванию.

Кризисы развития. В определенных возрастах, судя по статистическим данным, дети чаще заболевают нервно-психическими расстройствами. Эти возрасты суть кризисы развития психики. Возрастные кризисы встречаются в момент смены одного возрастного периода другим. Они могут происходить достаточно бурно, сопровождаться трудностями и эмоциональными переживаниями, сопутствующими возникновению качественных перемен в жизнедеятельности человека. Сущность этих кризисов — переход количества в новое качество: происходящие изменения в психических и личностных образованиях порождают новое качество. Этот переход может происходить резко, скачкообразно, что затрудняет благополучное его завершение. Основной трудностью детства является несамостоятельность, зависимость от взрослых. Трудности подросткового возраста — противоречие между потребностью быть взрослым, происходящим самоопределением, формирующейся концепцией взрослого «Я» и несоответствующими им потенциалами подростка. Типичные психологические кризисы в этих возрастных периодах возникают именно вокруг этих проблем. Если трудности переходного возраста сочетаются с переживанием неприятной жизненной ситуации, то появляется высокий риск возникновения тех или иных нервно-психических расстройств.

Периодизация возрастных кризисов Э. Эриксона (1996) рассматривает кризис как поворотный момент в жизни, возникающий вследствие достижения определенного уровня психологической зрелости и предъявляемых к индивиду социальных требований. На каждом возрастном этапе возникает своя специфическая, тре-

бующая решения проблема. Успешное разрешение кризиса — залог дальнейшего развития здоровой личности и необходимый фактор эффективного проживания последующих стадий.

Во время первого кризиса (от рождения до 1 года) жизни формируется чувство доверия. Препятствия, встречающиеся на пути благополучного ее завершения, например материнская депривация, почти всегда приводят к болезненным формам отклонения развития. Причем от степени тяжести препятствий обычно зависит выраженность патологии (от тревожного состояния до отставания в развитии).

Во втором кризисе (от 1 до 3 лет) если не удовлетворяется потребность ребенка в получении самостоятельности, автономии, то в дальнейшем ребенок становится неуверенным, конформным.

В третьем кризисе (от 3 до 6 лет) центральным становится конфликт предоставления возможности проявлять собственную инициативу. Если ребенок своевременно не получил разрешения для проявления своих интересов и отстаивания их перед другими, то недостаток инициативы в последующем может стать основой для формирования зависимого расстройства личности.

В четвертом кризисе (8—12 лет), когда должно сформироваться чувство трудолюбия, активного отношения к работе, обучению, применению знаний и навыков, препятствия, возникшие на этом пути, могут привести к чувству собственной несостоятельности.

В пятом кризисе (подростковый возраст) происходит самоопределение, формируется чувство тождественности «Я», своего целостного и ценного «Я». Неспособность благополучно разрешить этот кризис может привести к нарушению процесса идентификации (в рамках невроза или даже психоза).

Поведение человека не может развиваться вне связи с другими людьми. Взаимоотношения с другими определяются потребностью в общении. Эта потребность прежде всего реализуется в стремлении играть с детьми своего возраста. Общаясь друг с другом, дети создают свою субкультуру, которая является очень важной и в значительной степени незаменимой. Группы детей, действуя в стороне от взрослых, обучаются определенной самостоятельности, независимости от постоянно их опекающих и лишающих инициативы взрослых. В процессе общения дети облегчают сверстнику восприятие новой информации, расширяют свое представление о мире. Начиная с самого младшего возраста, ребенок понимает «инакость» других людей. Тольке в игре со сверстниками удается удовлетворить потребности развивающейся личности. Детям удается создать организацию и выразить свои коллективные интересы. Они обучают друг друга поведению в трудных жизненных си-

туациях. Для этой цели они используют либо фольклор, либо образцы поведения, передающиеся из поколения в поколения. Уже дети 5—10 лет осваивают необходимые образцы поведения, позволяющие им быстрее действовать и избегать излишнего эмоционального напряжения. Им удается улучшить свои навыки коммуникации за счет тренировки стандартных ситуаций, которые они создают в игре. Они получают навык управления своим эмоциональным состоянием, защищаясь от обид и обзываний. Происходит испытание на психологическую прочность, во время которого ребенок приобретает навыки эффективной защиты. Как констатирует М. Осорина (1999), «в детской субкультуре можно наблюдать последовательные фазы знакомства с чувством страха, проживания его в разных обстоятельствах и попытки совладания с ним в ситуациях возрастающей трудности, фактически это спонтанно складывающаяся тренинговая программа, которая разворачивается в игровых формах, характерных для детской традиции». Анализ детской субкультуры позволяет сделать следующие выводы. Ребенок, лишенный детского общества, в меньшей степени подготовлен к встрече с трудностями жизни, и, таким образом, у него выше риск возникновения нервно-психических расстройств. При оценке детских переживаний следует учитывать, что сюжеты детского фольклора и ритуальные игры не проявления психопатологии, а элемент детской субкультуры.

В завершение этого раздела можно сказать, что детский психопатолог основывает диагностику нервно-психических расстройств, оценку их развития, исхода и возможные вмешательства через призму возрастной психологии. Особенно большое значение приобретает последняя при анализе того, какую роль играют возрастные особенности личности ребенка в формировании симптоматики нервно-психических расстройств. Не менее существенно учитывать своеобразие возрастных кризов, как правило, ослабляющих защитные силы организма и личности.

[?] *Темы для самостоятельной работы*

1. Психическая норма. 2. Нормоцентрический подход. 3. Нозоцентрический подход. 4. Критерии психического здоровья. 5. Психическое состояние. 6. Темперамент. 7. Периодизация психического развития. 8. Асинхрония. 9. Акселерация. 10. Ретардация. 11. Психический дизонтогенез. 12. Возрастной криз. 13. Природно-психическое. 14. Социально-психическое. 15. Эволютивный дизонтогенез. 16. Процессуальный дизонтогенез. 17. Психическая болезнь. 18. Детская психопатология.

Рекомендуемая литература

Валлон А. Психическое развитие ребенка.— М.: Просвещение, 1967.

Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А. Методы нейропсихологической диагностики.— СПб., 1997.

Выготский Л. С. Проблемы дефектологии.— М., 1994.

Детская патопсихология. Хрестоматия.— М.: Когито-Центр, 2000.

Зейгарник Б. В. Очерки по психологии аномального развития личности.— М.: МГУ, 1980.

Карвасарский Б. Д. Медицинская психология.— Л.: Медицина, 1982.

Кляйн М. и др. Воспитание детей и психоанализ.— М.: Рефл-бук, 2000.

Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология.— М.: Медицина, 1984.

Лангмейер И., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте.— Прага.: Авиценум, 1984.

Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей.— М.: МГУ, 1985.

Осорина М. В. Секретный мир детей в пространстве мира взрослых.— СПб.: Питер, 1998.

Пожар Л. Психология аномальных детей и подростков – патопсихология.— М.: Воронеж, 1996.

Поляков Ю. Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении.— М., 1974.

Пиаже Ж. Избранные психологические произведения.— М., 1969.

Психология/ Под ред. А. А. Крылова — М.: Проспект, 1998.

Психология подростка/ Под ред. Ю. И. Фролова — М.: РПА, 1997.

Психотерапия детей и подростков/ Под ред. Х. Ремшмидт — М.: Мир, 2000.

Психическое здоровье детей и подростков/ Под ред. И. В. Дубровиной – Екатеринбург: Деловая книга, 2000.

Раттер М. Помощь трудным детям.— М.: Прогресс, 1987.

Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст.— М., 1994.

Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста/ Под ред. С. Ю. Циркина – СПб.: Питер, 1999.

Стреляу Я. Роль темперамента в психическом развитии.— М.: Прогресс, 1982.

Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы.— М.: Педагогика, 1993.

Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Психология и психотерапия семьи.— СПб.: Питер, 1999.

Эльконин Д. Б. Детская психология.— М.: Учпедгиз, 1960.

Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис.— М.: Прогресс, 1996.

Эриксон Э. Детство и общество.— СПб.: Университетская книга, 1996.

Глава 5
ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА И ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

СТРЕСС И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС. МЕХАНИЗМЫ ИХ РАЗВИТИЯ

Наиболее характерная черта ребенка — его эмоциональность. Он очень живо откликается на негативные и положительные изменения в его окружении. Эти переживания в большинстве случаев носят позитивный характер. Они имеют очень большое значение в приспособлении ребенка к изменяющейся жизни. Однако при определенных условиях чувства могут играть и отрицательную роль, приводя к нервно-психическим или соматическим расстройствам. Это происходит в тех случаях, когда сила эмоции достигает такой степени, что становится причиной развития стресса.

Эмоциональный стресс — состояние ярко выраженного психоэмоционального переживания человеком конфликтных жизненных ситуаций, которые остро или длительно ограничивают удовлетворение его социальных или биологических потребностей [Судаков К. В., 1986].

Понятие стресса ввел в медицинскую литературу Н. Selye (1936) и описал наблюдающийся при этом адаптационный синдром. Этот синдром может пройти в своем развитии три стадии:

1) стадию тревоги, во время которой осуществляется мобилизация ресурсов организма;

2) стадию резистентности, при которой организм сопротивляется стрессору, если его действие совместимо с возможностями адаптации;

3) стадию истощения, во время которой истощаются запасы адаптационной энергии при воздействии интенсивного раздражителя или при длительном воздействии слабого раздражителя, а также при недостаточности адаптивных механизмов организма.

Н. Selye описывал *эустресс* — синдром, способствующий сохра-

нению здоровья, и *дистресс* – вредоносный или неприятный синдром. Этот синдром рассматривается как болезнь адаптации, возникающая в связи с нарушением гомеостаза (постоянства внутренней среды организма).

Биологическое значение стресса – мобилизация защитных сил организма. Стресс, по Т. Коксу (1981),– феномен осознания, возникающий при сравнении между требованием, предъявляемым к личности, и ее способностью справиться с этим требованием. Отсутствие равновесия в этом механизме вызывает возникновение стресса и ответную реакцию на него.

Специфика эмоционального стресса состоит в том, что он развивается в условиях, когда не удается достичь результата, жизненно важного для удовлетворения биологических или социальных потребностей, и сопровождается комплексом соматовегетативных реакций, а активация нейроэндокринной системы мобилизует организм на борьбу.

К действию повреждающих факторов наиболее чувствительными оказываются эмоции, которые первыми включаются в стрессовую реакцию, что связано с их вовлечением в аппарат акцептора результатов действия при любых целенаправленных поведенческих актах [Анохин П. К., 1973]. Вследствие этого активируется вегетативная система и эндокринное обеспечение, регулирующее поведенческие реакции. Напряженное состояние при этом может быть вызвано рассогласованием в возможности достижения жизненно важных результатов, удовлетворяющих ведущие потребности организма во внешней среде.

Вместо того чтобы мобилизовать ресурсы организма для преодоления трудностей, стресс может оказаться причиной серьезных расстройств. При неоднократном повторении или при большой продолжительности аффективных реакций в связи с затянувшимися жизненными трудностями эмоциональное возбуждение может принять застойную стационарную форму.

В этих случаях даже при нормализации ситуации эмоциональное возбуждение активизирует центры вегетативной нервной системы, а через них расстраивает деятельность внутренних органов и нарушает поведение.

Наиболее важную роль в развитии эмоционального стресса играют расстройства в вентромедиальном отделе гипоталамуса, базально-латеральной области миндалины, перегородке и ретикулярной формации.

Частота эмоциональных стрессов нарастает по мере развития научно-технического прогресса, ускорения темпа жизни, информационных перегрузок, нарастающей урбанизации, экологического неблагополучия. Устойчивость к эмоциональным стрессам различна у разных людей. Одни более предрасположены, другие – весьма устойчивы. Однако развитие у ребенка вследствие возникнове-

ния жизненных трудностей нервно-психических или соматических заболеваний зависит от психических и биологических особенностей индивида, социального окружения и стрессора (события, вызвавшего эмоциональную реакцию).

СОЦИАЛЬНОЕ ОКРУЖЕНИЕ

Многократно перенесенные в прошлом трудные ситуации в семье и вне ее неблагоприятно сказываются на последствиях эмоционального стресса. При этом имеют значение частота и тяжесть переживаемых событий. Для психического и соматического здоровья опасен не только один трагический инцидент, подобный смерти близких родственников, но и несколько менее драматичных, происшедших за короткий промежуток времени, так как это тоже снижает возможности приспособления. Однако при этом следует учитывать, что ребенок в мире не один, что другие люди могут облегчить приспособление к ситуации. Наряду с предшествующим жизненным опытом существенное значение имеют и актуальные житейские обстоятельства. При несоразмерности личностных реакций на изменяющийся мир возникает опасность для здоровья. Такой подход предполагает комплексное рассмотрение человека и окружающей его среды.

Развитию заболевания после эмоционального стресса способствует состояние беспомощности, когда окружение воспринимается небезопасным, не доставляющим удовольствия, а человек чувствует себя покинутым. В то же время если окружение индивида разделяет его оценки и мнения и он у него может всегда найти эмоциональную поддержку, то вероятность болезнетворного действия эмоционального стресса уменьшается. Для человека (в особенности в детском возрасте) наличие социальных связей столь важно, что даже только их недостаточность может стать причиной развития стресса.

Привязанность, возникающая между детьми и их родителями в самый чувствительный для этого период – вскоре после рождения, имеет колоссальное значение не только в качестве цементирующего механизма, объединяющего группы людей, но и в качестве механизма, обеспечивающего их безопасность.

Формирование этого социального механизма основано на врожденных образцах поведения, что и определяет не только прочность привязанностей, но и их большую защитную силу. В тех же случаях, когда родительская забота была недостаточной, а социальные отношения нарушались или отсутствовали, у детей в дальнейшем недостает необходимых жизненных социальных качеств. Чувство беззащитности и неспособности оградить себя от

опасности приводит к часто возникающим тревожным реакциям и почти постоянным нейроэндокринным изменениям. Такое состояние повышает риск неблагоприятного воздействия эмоционального стресса.

СТРЕССОР

Причинами возникновения эмоционального стресса могут быть как позитивные, так и негативные события. В связи с тем, что вредностями считают лишь неблагоприятные факторы, в качестве потенциальных стрессоров систематизируют лишь отрицательные события.

С. А. Разумов (1976) разделил стрессоры, участвующие в организации эмоционально-стрессовой реакции у человека, на четыре группы:

1) *стрессоры активной деятельности:* а) экстремальные стрессоры (боевые действия); б) производственные стрессоры (связанные с большой ответственностью, дефицитом времени); в) стрессоры психосоциальной мотивации (экзамены);

2) *стрессоры оценок (оценка деятельности):* а) «старт»-стрессоры и стрессоры памяти (предстоящие состязания, воспоминание о горе, ожидание угрозы); б) победы и поражения (победа, любовь, поражение, смерть близкого человека); в) зрелища;

3) *стрессоры рассогласования деятельности:* а) разобщение (конфликты в семье, в школе, угроза или неожиданное известие); б) психосоциальные и физиологические ограничения (сенсорная депривация, мускульная депривация, заболевания, ограничивающие общение и деятельность, родительский дискомфорт, голод);

4) *физические и природные стрессоры:* мускульные нагрузки, хирургические вмешательства, травмы, темнота, сильный звук, качка, жара, землетрясение.

Сам факт воздействия еще не обязательно предполагает наличие стресса. Более того, стимул действует, как указывал П. К. Анохин (1973), на стадии афферентного синтеза очень разнообразных по количеству и качеству суммирующихся раздражителей, поэтому оценить роль одного из факторов исключительно трудно. В то же время восприимчивость к некоторым стрессорам у людей может быть очень различной. Новые впечатления для одних непереносимы, а другим необходимы.

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ

Глобальные и общественные неблагоприятные факторы. Среди глобальных психосоциальных факторов страхи у детей перед возникновением войны появляются отчасти как отражение

тревог родителей и прародителей, отчасти как собственные впечатления, полученные через средства массовой информации об уже идущих вооруженных столкновениях. При этом дети, в отличие от взрослых, неправильно оценивая степень реальной опасности, считают, что война уже на пороге их дома. В связи с загрязнением почвы, воды и воздуха ожидание экологической катастрофы становится новым глобальным страхом, поражающим не только взрослых, но и детей. К числу вредоносных этнических факторов могут быть отнесены межнациональные противостояния, столь обострившиеся за последнее время. При воздействии таких региональных психосоциальных факторов, как стихийные бедствия – землетрясения, наводнения или промышленные катастрофы, наряду с физическими факторами, приводящими к травмам, ожогам и лучевой болезни, возникает паника, охватывающая не только взрослых, но и детей. При этом психогенный эффект может быть отсроченным во времени и проявиться после исчезновения непосредственной опасности для жизни.

В отдельных населенных пунктах наблюдаются жизненные местные трудности. Например, добровольный или вынужденный отъезд из привычных мест обитания. При этом дети-беженцы как под влиянием собственных трудностей, так и под воздействием тревог близких оказываются тяжело психически травмированными. Эти трудности значительно усугубляются, когда миграция осуществляется в местности, где иные взаимоотношения людей, иначе воспитывают детей или говорят на другом языке. Большой риск психического расстройства возникает, если переезд семьи влечет за собой утрату социального статуса ребенка. Такое случается в новой школе, где он может быть непринятым и оказывается отвергнутым.

В районе, в котором живет ребенок, он вне дома может подвергаться нападениям, издевательствам или сексуальным злоупотреблениям. Не меньшую, а бóльшую опасность для ребенка представляют эпизодические или постоянные угрозы, которые приходится терпеть от сверстников или более старших детей из того же учебного заведения или близлежащего района. Тяжелый след в душе ребенка оставляют преследования или дискриминация в детском коллективе за принадлежность к определенной этнической, языковой, религиозной или какой-то другой группе.

Неблагоприятные факторы, связанные с детскими учреждениями. Школа, составляющая социальную среду, в которой дети находятся в течение значительной части времени, нередко оказывается причиной четырех комплексов проблем. Первый из них связан с поступлением в школу, из-за перехода от игры к труду, от семьи к коллективу, от нестесненной активности к дисциплине. При этом степень трудности приспособления зависит от того, как ребенка готовили к учебе.

Во-вторых, ученику приходится приспосабливаться к давлению, оказываемому на него требованиями учебного процесса. Нажим родителей, учителей, одноклассников тем сильнее, чем более развито общество и сознание необходимости образования.

В-третьих, «технизация» общества, требующая усложнения учебных программ, ее компьютеризация резко увеличивает трудности освоения школьных знаний. Положение ученика еще больше осложняется, если он страдает задержкой развития, дислексией, нарушением перцепторно-двигательных функций или воспитывался в условиях социальной депривации, в неблагоприятной социально-культурной среде. Ухудшает положение ребенка «наклеивание на него ярлыка больного», так как отношение к нему в соответствии с диагнозом меняется, а ответственность за его успешную учебу перекладывается с педагогов на медиков.

В-четвертых, из-за присутствия в школе элемента соревнования, связанного с ориентацией на высокие показатели, отстающих учеников неизбежно осуждают, в дальнейшем к ним относятся враждебно. У таких детей легко развивается самопораженческая реакция и негативное представление о собственной личности: они смиряются с ролью неудачников, неуспевающих и даже нелюбимых, что препятствует их дальнейшему развитию и увеличивает риск возникновения психических расстройств.

К школьным стрессовым ситуациям можно добавить неприятие детским коллективом, проявляющееся в оскорблениях, издевательствах, угрозах, или принуждение к той или иной неприглядной деятельности. Следствием неспособности ребенка соответствовать желаниям и деятельности сверстников становится почти непрекращающееся напряжение в отношениях. Серьезной психической травмой может стать смена школьного коллектива. Причина этого кроется, с одной стороны, в потере старых друзей, а с другой — в необходимости подлаживаться к новому коллективу и новым педагогам.

Большой проблемой для ученика может стать негативное (враждебное, пренебрежительное, скептическое) отношение учителя или несдержанное, грубое, излишне аффективное поведение невоспитанного или невротичного воспитателя, пытающегося справиться с детьми только с позиции силы.

Пребывание в закрытых детских учреждениях — яслях, домах ребенка, детских домах, интернатах, больницах или санаториях — представляет для психики ребенка и его тела большое испытание. В этих учреждениях воспитывает постоянно сменяющаяся группа людей, а не один-два родственника. К такому калейдоскопу лиц маленький ребенок не может привязаться, почувствовать себя защищенным, что приводит к постоянной тревоге, страху, беспокойству.

Семейные неблагоприятные факторы. Родительское воспитание может быть неблагоприятным, когда ребенок воспитывается

приемными родителями, отчимом или мачехой, чужими людьми, а также родителями при непостоянном с ними проживании. Воспитание в неполной семье, в частности, становится неблагоприятным в том случае, когда родитель чувствует себя несчастным и, замыкаясь в семье, не способен создать своему сыну или дочери необходимые условия для формирования позитивных чувств и удовлетворения от жизни.

Сами дети получают много от общения за пределами семьи. В то же время социальная изоляция семьи может стать фактором риска для ребенка, так как она противодействует его контактам с окружением. Обособление семьи обычно возникает как следствие изменений личности родителей или их ригидных предпочтений, резко отличающихся от принятых в окружении. Чрезмерно опекающий родитель принимает решения за ребенка, защищает его даже от незначительных или воображаемых трудностей вместо того, чтобы помочь преодолеть их. Это приводит к зависимости ребенка и мешает формированию у него ответственности, приобретению социального опыта за пределами семьи, изолирует от других источников социальных влияний. У таких детей возникают трудности в общении с окружающими, у них высока в связи с этим опасность невротических срывов и психических расстройств.

Семья обеспечивает ребенка жизненным опытом. Недостаточное же общение ребенка с родителями, отсутствие совместных игр и занятий не только ограничивает возможности его развития, но и ставит его на грань психологического риска.

Постоянное родительское давление, не соответствующее нуждам и потребностям ребенка, обычно направлено на то, чтобы он стал не тем, кто он есть на самом деле или кем он может быть. Требования могут не соответствовать полу, возрасту или особенностям личности. Такое насилие над ребенком, попытки переделать его натуру или заставить сделать невозможное, крайне опасны для его психики. Искаженные взаимоотношения в семье из-за недостаточной откровенности, бесплодных споров, неспособности договориться между собой для решения семейных проблем, сокрытие семейных тайн от ребенка – все это крайне затрудняет ему возможность приспособления к жизни. Такая неопределенная и, как правило, напряженная обстановка, в которой воспитывается ребенок, чревата риском для его психического здоровья.

Психические нарушения, личностные отклонения или инвалидность одного из членов семьи представляют для ребенка потенциальный риск психического расстройства. Это может быть связано, во-первых, с генетической передачей ребенку повышенной ранимости и, во-вторых, с влиянием психических расстройств у родителей на жизнь в семье. Их раздражительность лишает ребенка покоя, чувства уверенности. Их страхи могут стать причиной ограничения детской активности. Их бредовые и галлюцина-

торные переживания могут пугать детей и даже стать причиной посягательства больных родителей на здоровье и жизнь детей. Нервно-психические расстройства могут лишить родителей способности заботиться о ребенке. В-третьих, из-за идентификации с родителями ребенок, так же как и они, может переживать тревогу или страхи. В-четвертых, может нарушаться гармония семейных отношений.

Психическая иди физическая инвалидность, сенсорный дефект (глухота, слепота), тяжелая эпилепсия, хроническое соматическое заболевание, угрожающая жизни болезнь родителя делают его неспособным обслуживать и воспитывать ребенка. Он также не может вести хозяйство, что, безусловно, нарушает благополучие ребенка и создает риск для его психического здоровья.

Эти состояния психической или физической неполноценности родителей оказывают влияние на ребенка из-за явной социальной стигматизации; из-за недостаточной заботы и надзора за ребенком; из-за изменений родительских чувств привязанности и снижения ответственности, вызванных неспособностью понять детские потребности и трудности; из-за семейных разногласий и напряжений; из-за социально неприемлемого поведения; из-за ограничений ребенка в активности и контактах. Антагонистические взаимодействия и взаимоотношения между членами семьи также приводят к неблагоприятным последствиям для социального и эмоционального развития ребенка.

Ребенок может оказаться под воздействием одного, нескольких или всех этих факторов в одно и то же время. Все двусторонние взаимоотношения людей зависят от поведения каждого из них. Соответственно, варьируя по степеням, нарушенные внутрисемейные отношения могут возникать отчасти как результат реакций, отношений или действий самого ребенка. В каждом отдельном случае трудно бывает судить о его действительном участии во внутрисемейных процессах. К частым случаям нарушенных семейных отношений относят недостаток теплоты в отношениях между родителями и ребенком, дисгармоничные отношения между родителями, враждебность к ребенку или жестокое обращение с ним.

Дисгармоничные отношения между взрослыми членами семьи, проявляющиеся ссорами или атмосферой эмоционального напряжения, приводят к неуправляемому и враждебному поведению отдельных членов семьи, что упорно сохраняет жестокие отношения друг к другу. После серьезных конфликтов члены семьи подолгу не общаются друг с другом или стремятся покинуть дом.

Враждебность некоторых родителей проявляется в постоянном возложении ответственности на ребенка за чужие проступки, что фактически превращается в психическое истязание. Другие подвергают ребенка систематическим унижениям и оскорблениям, подавляющим его личность. Они награждают ребенка негативными

характеристиками, провоцируют на конфликты, агрессию, незаслуженно наказывают.

Жестокое обращение с ребенком или физическое истязание его родителями опасно не только для соматического, но и для психического здоровья. Сочетание боли, соматических страданий с переживаниями обиды, страха, отчаяния и беспомощности из-за того, что самый близкий человек несправедлив и жесток, может привести к психическим расстройствам.

Принуждение к половой жизни, развратные действия, совращающее поведение родителей, отчима, других родственников, как правило, сочетаются с серьезным неблагополучием в семейных отношениях. В этой ситуации ребенок оказывается беззащитным перед сексуальными злоупотреблениями, его переживания страха и обиды усугубляются неотвратимостью происходящего, безнаказанностью обидчика и противоречивыми чувствами обиженного к нему.

ИНДИВИД

Способность события вызвать дистресс определяется его восприятием индивидом. При оценке переживаемых трудностей по степени адаптации или по уровню дистресса оказалось, что субъективное и объективное значение событий для взрослого и ребенка различно. Для детей младшего возраста наиболее существенным переживанием может стать даже временный отрыв от родителей. Старшие дети тяжело переживают свою неспособность удовлетворить родительские чаяния о высокой успеваемости или примерном поведении. У подростка нередко развитие стресса связывается с неприятием или отвержением той группой сверстников, к которой он хочет принадлежать.

То, что не все подвергающиеся стрессовым воздействиям заболевают, объясняется устойчивостью некоторых личностей. В то же время часть людей обладает повышенной чувствительностью к стрессам.

Среди индивидуальных особенностей личности, способствующих возникновению заболеваний в результате внешних воздействий, выделяется темперамент. Такие его стороны, как низкий порог чувствительности к раздражителям, интенсивность реакций, трудности адаптации к новым впечатлениям с преобладанием отрицательных эмоций и другие, делают ребенка очень чувствительным к стрессам. В то же время активность ребенка, ритмичность физиологических функций, доступность и хорошая приспособляемость к новому наряду с преобладающим ровным настроением и небольшой интенсивностью реакций на изменения в окружающей среде препятствуют развитию заболеваний при наличии потенциально стрессорных событий.

Предрасположение к возникновению стресса связывается также с наличием несоответствия между требованиями среды и способностями индивида к адекватному реагированию на них. Стрессовая реакция понимается как нарушение равновесия во взаимоотношениях личности с окружением и как проявление несоответствия его ожиданий и возможностей их реализации. Однако конечный результат этой реализации зависит от деятельности других лиц, способных усилить стресс или уменьшить его патогенное действие посредством поддержки переживающего. Это объясняет, например, почему один ребенок, попадая в одинаково трудные условия учебного заведения, благополучно адаптируется, а другой, не обладающий поддержкой родителей или друзей, не может разрешить свои трудности иначе как через нервно-психическое расстройство.

Среди заболевших после перенесенных стрессов преобладают те личности, которые отличаются большим нигилизмом, чувством бессилия, отчужденностью, непредприимчивостью. Уменьшают патогенное воздействие стрессоров наличие высокой самооценки, энергичная позиция в отношении окружения, способность принимать на себя обязательства, уверенность в возможности контролировать события. Активность увеличивает шанс благоприятного исхода перенесения стресса, отказ же от поиска выхода из ситуации делает организм уязвимым к возникновению заболеваний.

За катастрофическими событиями у пережившего их человека часто следует состояние «отказа», «капитуляции», реже – предчувствие этого состояния. Индивид реагирует аффектом беспомощности или безнадежности, понимая свою неспособность действовать, преодолевать возникшие трудности без помощи других или иногда даже с помощью. Такие люди становятся озабоченными пережитыми печальными событиями. Они воспринимают эти воспоминания так, как если бы все неприятное из прошлого возвратилось, переполняя их и угрожая. Им в это время трудно представить будущее или пытаться искать пути выхода. Они отворачиваются от окружающего, погружаются в свои прошлые переживания. Это состояние ставит индивидов на грань риска заболевания, делает их крайне ранимыми.

Появление психических нарушений связывается также с содержанием переживаний личности. Таким переживанием может быть фактическая, угрожающая или воображаемая «потеря объекта». При этом под «объектом» понимают как одушевленные существа, так и неодушевленные предметы, от которых в силу своей привязанности индивид не может отказаться. Примером может быть кратковременная или – особенно – длительная утрата контактов с родственниками или с привычной деятельностью (игрой со сверстниками).

Отмечают значение определенной жизненной ситуации и соответствующего культурного влияния. Более того, социальное разви-

тие и техническая революция в последние годы меняют все нормы в обществе. В связи с этим возникает напряжение между индивидом и средой, что является одним из основных факторов развития нервно-психических заболеваний.

В процессе действия стрессора на личность происходит первичная его оценка, на основании которой определяется угрожающий или благоприятный тип создавшейся ситуации. С этого момента формируются механизмы личностной защиты («процессы совладания»), т. е. средства личности, осуществляющей контроль над ситуациями, угрожающими или расстраивающими ее. Процессы совладания, являясь частью аффективной реакции, направлены на уменьшение или устранение действующего стрессора.

Результатом вторичной оценки становится один из трех возможных типов стратегии совладания:

1) непосредственные активные поступки индивида с целью уменьшения или устранения опасности (нападение или бегство);

2) мыслительная форма — вытеснение («это меня не касается»), переоценка («это не так уж и опасно»), подавление, переключение на другую форму активности;

3) совладание без аффекта, когда реальная угроза личности не предполагается (соприкосновение со средствами транспорта, бытовой техникой).

Третья оценка возникает в процессе изменения суждения как результат полученной обратной информации или своих собственных реакций. Однако происхождение эмоциональных реакций не может быть понято без учета физиологических механизмов. Психические и физиологические процессы следует рассматривать в их взаимной зависимости.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА И БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ

Психологическая защита важна для предотвращения дезорганизации психической деятельности и поведения и тем самым для создания сопротивления индивида возможному развитию болезни. Она возникает в виде взаимодействия осознаваемых и неосознаваемых психологических установок. Если в результате психической травмы невозможна реализация в поведении ранее сформировавшейся установки, то нейтрализовать создавшееся патогенное напряжение можно, создав другую установку, в рамках которой противоречия между первоначальным стремлением и препятствием устраняются. Примером может быть преодоление горя у ребенка, потерявшего свою горячо любимую собаку. В связи с невозможностью вернуть любимца утешить ребенка можно, лишь подарив ему другое живое существо, вырабатывая у него новую установку на уход за новоиспеченным другом. Вместо описанной транс-

формации отрицательно влияющей установки может наблюдаться подстановка нереализуемой установки какой-то другой, не встречающей препятствий при своем выражении в действии. Именно с распадом психологической защиты создаются благоприятные условия для патогенного воздействия психоэмоционального стресса – развития не только функциональных, но и органических расстройств.

Биологические процессы, происходящие в период действия стресса и имеющие патогенное значение, возникают тем легче, чем более выражена наследственная предрасположенность к нервно-психическим расстройствам. Особенная чувствительность некоторых людей к эмоциональным стрессам, объяснявшаяся общей наследственно-конституциональной слабостью или типом высшей нервной деятельности, в настоящее время конкретизируется указанием на механизм ранимости организма – повышение активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, нарушение трансформации монопротеидов крови и иммунологических особенностей организма. Отсутствие раздражителей или их чрезмерный поток, действуя на гипоталамус, нарушает гипоталамо-кортикальные отношения и меняет реактивность индивида на стресс. Возникновение физиологических изменений под влиянием стресса зависит от уровня эмоционального возбуждения, качества и знака эмоций, типов физиологического реагирования индивидов и различий реагирования у одного и того же человека в разное время, а также состояния вегетативной нервной системы.

Существующие в организме индивида стресс-лимитирующие системы посредством адренергической и гипофизарно-адреналовой систем создают механизмы, облегчающие адаптацию к среде. Эти системы не только защищают организм от прямых повреждений, но и формируют эмоциональное поведение.

Одним из механизмов устойчивости к эмоциональному стрессу является активация в мозгу опиоидергической системы, способной устранять отрицательное эмоциональное возбуждение. Накопление в мозгу серотонина при адаптации к трудным ситуациям также подавляет стрессорную реакцию. Активация ГАМКергической системы подавляет агрессивность и упорядочивает поведение.

СОМАТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ СТРЕССА

Стресс, будучи взаимодействием между человеком и окружающей средой, – сложный процесс, основанный на интеграции практически всех частей мозга. При этом решающую роль играет головной мозг: кора головного мозга, лимбическая система, ретикулярная формация, гипоталамус, а также периферические органы.

Стрессовая реакция в ответ на психосоциальный стимул начинается с восприятия стрессора рецепторами периферической нерв-

ной системы. Информацию получает кора головного мозга и ретикулярная формация, а через нее гипоталамус и лимбическая система. Каждый стимул может достичь той или иной мозговой структуры только при помощи активации, зависящей от субъективной значимости этого стимула и ситуации, предшествовавшей его воздействию, а также от прежнего опыта перенесения аналогичных раздражителей. Благодаря этому события получают эмоциональную окраску. Полученные сигналы и их эмоциональный аккомпанемент анализируются в коре лобной и теменной долей. Информация, сопровождаемая эмоциональной оценкой, из коры головного мозга поступает в лимбическую систему. Если психосоциальный стрессор интерпретируется как опасный или неприятный, то может возникнуть сильное эмоциональное возбуждение. Когда блокируется удовлетворение биологических, психологических или социальных потребностей, возникает эмоциональный стресс; он выражается, в частности, соматовегетативными реакциями. В процессе развития стресса возникает возбуждение вегетативной нервной системы. Если в ответ на изменения среды не формируется полезная приспособительная реакция, то возникает конфликтная ситуация, усиливается эмоциональная напряженность. Нарастание возбуждения в лимбической системе и гипоталамусе, регулирующем и координирующем деятельность вегетативно-эндокринной системы, приводит к активации вегетативной нервной системы и эндокринных органов. А это приводит к подъему артериального давления, учащению сердцебиений, выбросу гормонов в кровь и т. д. Таким образом, стрессовые реакции на психосоциальные трудности не столько следствие последних, сколько интегративный ответ на когнитивную их оценку и эмоциональное возбуждение.

Первые соматические проявления стресса возникают благодаря быстрой реакции вегетативной нервной системы. После того как психосоциальный стимул был оценен как угрожающий, нервное возбуждение проходит к соматическим органам. Стимуляция вегетативных центров приводит к кратковременному увеличению концентрации норадреналина и ацетилхолина на окончаниях нервов, нормализуя и активируя деятельность органов (сердца, сосудов, легких и т. д.). Для поддержания стрессовой активности в продолжении более длительного времени включается нейроэндокринный механизм, реализующий стрессовую реакцию посредством адренокортикального, соматотропного, тиреоидного и других гормонов, в результате, например, подъем артериального давления, одышка, сердцебиение и т. д. сохраняются длительное время.

Центр управления нейроэндокринным механизмом — септально-гипоталамический комплекс. Отсюда импульсы направляются к срединному бугру гипоталамуса. Здесь выделяются гормоны, поступающие в гипофиз, последний выделяет адренокортикотропный

гормон, соматотропный гормон, которые попадают в кору надпочечников, а также тироидотропный гормон, стимулирующий щитовидную железу. Эти факторы стимулируют выделение гормонов, действующих на телесные органы. Гипофиз, получив нервные сигналы от гипоталамуса, высвобождает вазопрессин, действующий на функцию почек и окситоцин, который вместе с меланоцитостимулирующим гормоном оказывает влияние на процессы обучения и запоминания. В течение стрессовой реакции гипофиз также продуцирует три гонадотропных гормона, которые воздействуют на половые и молочные железы. При стрессе под влиянием соответствующей концентрации тестостерона обусловливается поведение, соответствующее полу.

Таким образом, в период стресса благодаря взаимодействию коры, лимбической системы, ретикулярной формации и гипоталамуса интегрируются внешние требования среды и внутреннее состояние индивида. Поведенческие или соматические изменения — результат взаимодействия этих мозговых структур. Если же указанные структуры повреждаются, это приводит к невозможности или расстройству адаптации и нарушению взаимоотношений с окружением.

В стрессовой реакции мозговые структуры, взаимодействуя между собой, проявляют себя различно. При опасности, возникающей для основных биологических потребностей, главную роль играют гипоталамус и лимбическая система. Трудности исполнения социальных потребностей требуют наибольшей активности коры головного мозга и лимбической системы.

ПАТОГЕННОСТЬ СТРЕССА

Состояние стресса приводит к усилению взаимодействия гипоталамуса и ретикулярной формации, ухудшению связи между корой и подкорковыми структурами. При нарушении корково-подкорковых отношений как при остром, так и при хроническом стрессе возникают типичные для него расстройства моторики, ритма сна и бодрствования, нарушение влечений, настроения.

Наряду с этим нарушается активность нервных трансмиттеров, меняется чувствительность нейронов к трансмиттерам и нейропептидам.

Патогенность стресса (способность вызывать соматические и нервно-психические расстройства) зависит от его интенсивности или продолжительности или от того и другого вместе. Факт возникновения психосоматического заболевания, невроза или психоза объясняется тем, что индивид имеет тенденцию к формированию аналогичных психофизиологических реакций на разнообразные стрессоры.

Стресс не развивается по закону «все или ничего», а имеет различные уровни проявления. Он протекает как компенсаторный процесс во взаимоотношениях с внешним миром, как соматическая регуляция. При постоянном повышении активности функциональных систем может быть их износ, амортизация.

M. Poppel, K. Hecht (1980) описали *три фазы течения хронического стресса.*

Фаза ингибиции – с подъемом концентрации адреналина в крови, угнетением синтеза белка в головном мозге, снижением способности к обучению и сильным угнетением энергетического метаболизма, что интерпретируется как снижение защиты от стрессоров.

Фаза мобилизации – адаптивный процесс с сильным повышением синтеза белка, увеличением кровоснабжения мозга и расширением видов обмена веществ в мозгу.

Преморбидная фаза – с образованием энергии, что связано с дисрегуляцией во многих системах, с ограничением выработки новых условных рефлексов, повышением кровяного давления, изменением содержания сахара в крови под воздействием инсулина, ликвидацией действия катехоламинов, с нарушением фазы сна, ритма физиологических функций и снижением массы тела.

Пути реализации стресс-реакции различны. Разнообразие стресс-реакций связывается с реализацией через различные «начальные звенья» нервной системы и дальнейшими путями распространения стимулов.

Соматический стресс (воздействие физических или химических факторов) осуществляется через подкорковые структуры (переднюю туберальную область), откуда кортикотропин-рилизинг-фактор через гипоталамус поступает в переднюю долю гипофиза.

Психический стресс реализуется через кору мозга–лимбико-каудальный отдел подбугорной области–спинной мозг– брюшные нервы–мозговое вещество надпочечников–адреналин–нейрогипофиз–АКТГ–кору надпочечников.

Стресс может быть механизмом развития невротических, психических и психосоматических (сердечно-сосудистых, эндокринных и др. нарушений, болезней суставов, расстройств обмена веществ). Основа развития заболевания при длительном стрессе – продолжительное влияние гормонов, участвующих в формировании стресс-реакции и вызывающих нарушения в обмене липидов, углеводов, электролитов.

Кратковременное острое воздействие стресса приводит к повышению адаптивных способностей. Однако если подготовленная реакция «битва–бегство» (борьба с трудностями) не осуществляется, то стресс оказывает на организм отрицательное влияние и может вызвать острую аффективную реакцию.

СОМАТИЧЕСКИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Телесные болезни, повреждения, отравления вызывают нервно-психические расстройства. Однако традиционно изучение соматогенных нервно-психических расстройств, т. е. связанных с физическими повреждениями и болезнями, у детей, как и у взрослых, проводилось в психиатрических клиниках. В связи с этим анализу подвергались, как правило, выраженные психические расстройства с затяжным или периодическим течением. Создавалось впечатление, что единственной причиной их возникновения являются физические вредности, действующие на организм человека. Полагали, что только от остроты, темпа и силы их воздействия могут зависеть клинические проявления психических болезней. Значительно реже описывались случаи кратковременных расстройств, не требовавшие госпитализации в психиатрическую больницу. В последнее время выраженные и особенно тяжелые формы соматогенных психических нарушений у детей стали редкостью. В то же время участились случаи легких форм психозов, неврозоподобных (сходных по клиническим проявлениям с неврозами), эндоформных (напоминающих эндогенные заболевания) расстройств. Необходимость предупреждения и лечения психических нарушений и связанных с ними осложнений потребовало изучения этой достаточно распространенной соматогенной психопатологии, наблюдающейся за пределами психиатрических стационаров.

У больных, обратившихся в детскую поликлинику или находившихся на лечении в детских соматических больницах и санаториях, выявлен весь спектр нервно-психической симптоматики: от начальных проявлений до выраженных психозов. Для понимания происхождения и особенностей симптоматики у них были изучены наследственная отягощенность, перенесенные биологические вредности, преморбидное состояние (психическое и соматическое здоровье до болезни), изменение личности в ходе болезни и ее реакция на душевное соматическое состояние, влияние микро- и макросоциальных условий.

В результате изучения этих неглубоких психических нарушений установлено, что симптомы нервно-психических расстройств в подавляющем большинстве случаев сочетаются с личностными реакциями как на соматическое, так и психическое заболевание. Эти реакции зависят от особенностей личности ребенка или подростка, его возраста, пола и тем явственнее выражены, чем менее тяжела психопатологическая симптоматика.

С целью более глубокого понимания личностного реагирования был проведен анализ внутренней картины болезни (ВКБ). Специальные методические приемы позволили оценить роль интеллектуального уровня детей, знаний о здоровье и болезни, опыта перенесенных страданий, преобладающих эмоциональных отно-

шений родителей к болезни ребенка и восприятия ее пациентом в формировании ВКБ.

Имея в виду сложность патогенеза (механизма развития) нервно-психических заболеваний, все же следует отдельно рассмотреть особенности факторов, действующих на тело и вызывающих расстройство психики. К этим «соматогенным» факторам относятся экзогенные (внешние) факторы: соматические и общие инфекционные болезни, мозговые инфекционные заболевания, интоксикации (отравления), травматические поражения мозга. Предполагается, что экзогенные (например, соматогенные) расстройства возникают вследствие действия внешних причин, а эндогенные (например, шизофрения) — благодаря развертыванию внутренних механизмов, реализации наследственного предрасположения. На самом деле между «чистыми» эндогенными и экзогенными расстройствами существуют переходы от таких, при которых имеется очень выраженное генетическое предрасположение, легко спровоцированное незначительным внешним воздействием, до таких, при которых заметного предрасположения отметить не удается, а этиологическим фактором оказывается мощная внешняя вредность.

О распространенности экзогенных вредностей можно судить по данным В. И. Горохова (1982). Среди наблюдавшихся им больных, заболевших в детстве, 10% составляли экзогенно-органические заболевания. Причиной их в 24% случаев послужили травмы головы, в 11% — менингиты, энцефалиты, в 8% — соматические и инфекционные заболевания. Однако наиболее часто — в 45% случаев — обнаруживались сочетания перечисленных факторов, что и подтверждает преобладание в реальной жизни комплексного действия на организм и психику различных вредностей.

Среди этиологических факторов инфекционных психозов отметим, например, такие заболевания, как грипп, корь, скарлатина, гепатит, ангина, ветряная оспа, отит, краснуха, герпес, полиомиелит, коклюш. Нейроинфекции (инфекционные болезни мозга) вызывают психические расстройства в ходе развития менингитов, энцефалитов (менингококкового, туберкулезного, клещевого и др.), бешенства. Возможно также появление осложнений (вторичные энцефалиты) при гриппе, пневмонии, кори, дизентерии, ветряной оспе и после вакцинаций. Ревматизм и красная волчанка также могут привести к острым и хроническим психическим расстройствам. Заболевания почек, печени, эндокринных желез, крови, пороки сердца могут осложняться нервно-психическими нарушениями. Нарушения психики могут быть обусловлены отравлением трициклическими антидепрессантами, барбитуратами, антихолинергическими препаратами, гормональными препаратами, а также бензином, растворителями, алкоголем и другими химическими веществами. Причиной психических нарушений могут оказаться

травматические поражения мозга (сотрясения, ушибы и реже открытые травмы головы).

Связать возникновение обсуждаемых расстройств с одной единственной причиной очень трудно. «Нельзя выделять один главный фактор, и тем более единственный, и свести к нему этиологию явления» [Давыдовский И. В., 1962]. Комплексу экзогенных вредностей, вызывающих психические расстройства, обычно предшествуют факторы, ослабляющие организм, снижающие его реактивность, т. е. способность защитить себя от заболевания. К их числу относят особенности соматического развития ребенка, иммунную реактивность, а также повышенную ранимость некоторых отделов мозга, эндокринно-вегетативные, сердечно-сосудистые расстройства, которые участвуют в сопротивлении вредным воздействиям. В ослаблении защиты организма могут сыграть также роль перенесенные воспалительные или травматические повреждения мозга, неоднократные соматические заболевания, тяжелые моральные потрясения, физические перенапряжения, интоксикации, хирургические операции.

Особенности воздействия экзогенного «причинного фактора» определяются его силой, темпом воздействия, качеством и особенностями взаимодействия предрасполагающих и производящих причин.

Рассмотрим воздействие экзогенных факторов на примере инфекций. По данным Б. Я. Первомайского (1977), могут возникнуть три типа взаимодействия организма и инфекции. При первом из них из-за большой тяжести (вирулентности) инфекции и высокой реактивности организма, как правило, для возникновения психических расстройств нет условий. При затянувшейся инфекционной болезни (второй тип) возможность развития психических расстройств будет зависеть от дополнительных (ослабляющих) факторов. В этом случае правильная диета и лечение оказываются решающими. Третий тип характеризуется и невысокой реактивностью организма, и недостаточностью терморегулирующей системы. Возникающее в мозгу охранительное торможение играет роль защиты организма, и психические расстройства, в которых оно проявляется, выполняют положительную роль.

Для понимания патогенеза экзогенных нервно-психических расстройств необходимо учитывать значение развивающихся недостатка поступления кислорода в мозг, аллергии, нарушений мозгового обмена веществ, водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного состава спинномозговой жидкости и крови, повышения проницаемости барьера, защищающего мозг, сосудистых изменений, отека мозга, разрушений в нервных клетках.

Острые психозы с помрачением сознания возникают при воздействии интенсивных, но непродолжительно действующих вредностей, в то время как протрагированные психозы, приближаю-

щиеся по клиническим проявлениям к эндогенным, развиваются при длительном влиянии вредности более слабой интенсивности [Тиганов А. С., 1978].

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ, ЛЕЖАЩИЕ В ОСНОВЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ

В происхождении целого ряда заболеваний и нарушений психического развития участвуют наследственные причины. При болезнях генетического происхождения гены продуцируют аномальные ферменты, белки, внутриклеточные образования и т. д., из-за чего в организме нарушается обмен веществ и, как следствие, может возникнуть то или иное психическое расстройство. Само наличие отклонений в наследственной информации, передаваемой родителями детям, обычно для возникновения болезни или отклонения в развитии недостаточно. Опасность появления заболевания, связанного с наследственным предрасположением, как правило, зависит от неблагоприятных социальных воздействий, которые могут «запустить» предрасполагающий фактор, реализуя его патогенное действие. Знание специальными психологами и педагогами этого факта позволит им, например, лучше оценивать вероятность появления психических расстройств у детей, имеющих родителей, страдающих психическими расстройствами или умственной отсталостью. Создание таким детям благоприятных жизненных условий может либо предупредить, либо смягчить клинические проявления психических отклонений.

Здесь приводятся некоторые наследственные синдромы психических нарушений, которые развиваются при определенных хромосомных или генетических, а иногда и при неизвестных нам условиях.

Синдром ломкой Х-хромосомы (синдром Мартина–Белла). При этом синдроме одна из длинных ветвей Х-хромосомы ближе к концу сужается, на ней имеется пробел и отдельные фрагменты либо обнаруживаются небольшие выступы. Все это выявляется при культивации клеток со специфическими добавками, в которых имеется недостаток фолатов. Частота синдрома среди умственно отсталых 1,9–5,9%, среди умственно отсталых мальчиков – 8–10%. У одной трети гетерозиготных носительниц женщин имеется также интеллектуальный дефект. У 7% умственно отсталых девочек имеется хрупкая Х-хромосома. Частота этого заболевания во всей популяции 0,01% (1 : 1000).

Синдром Клайнфельтера (XXY). При этом синдроме у лиц мужского пола имеется дополнительная Х-хромосома. Частота

синдрома – 1 на 850 новорожденных мужского пола и 1–2,5% у больных с легкой степенью умственной отсталости. При этом синдроме может быть несколько Х-хромосом, и чем их больше, тем глубже умственная отсталость. Описано сочетание синдрома Клайнфельтера с наличием у больного хрупкой Х-хромосомы.

Синдром Шерешевского–Тернера (моносомия Х). Состояние определяется единственной Х-хромосомой. Этот синдром встречается у 1 из 2200 рождающихся девочек. Среди умственно отсталых– у 1 из 1500 лиц женского пола.

Синдром трисомии хромосомы 21 (болезнь Дауна). Этот синдром – самая частая хромосомная патология человека. При ней имеет место лишняя 21-я хромосома. Частота среди новорожденных 1 : 650, в популяции – 1 : 4000. Среди больных умственной отсталостью это самая частая форма, она составляет около 10%.

Фенилкетонурия. Синдром связан с наследственным, генетически передающимся недостатком фермента, контролирующего переход фенилаланина в тирозин. Накапливающийся в крови фенилаланин становится причиной умственной отсталости у 1 из 10000 новорожденных. В населении число больных – 1 : 5000–6000. Больные фенилкетонурией составляют 5,7% умственно отсталых, обращающихся за помощью в генетическую консультацию.

Синдром «лицо эльфа» – наследственно генетически передающаяся гиперкальциемия. В популяции он встречается с частотой 1 : 25 000, а на приеме в генетической консультации это самая частая форма после болезни Дауна и фенилкетонурии (почти 1% обращающихся детей).

Туберозный склероз. Это наследственное системное (опухолевидное поражение кожи и нервной системы) заболевание, связанное с мутантным геном. В популяции этот синдром встречается с частотой 1 : 20 000. На приеме в генетической консультации такие больные составляют 1% всех обращающихся больных. Нередко встречается у глубоко умственно отсталых больных.

Алкогольная энцефалопатия. Фетальный алкогольный синдром, обусловленный алкоголизмом родителей, составляет 8% всех случаев умственной отсталости. При злоупотреблении алкоголем и курением во время беременности повышается частота внутриутробных и перинатальных смертей, недоношенности, асфиксии в родах и увеличивается заболеваемость и смертность детей в ранние годы жизни. Алкоголь интенсивно действует на клеточные мембраны, на процессы клеточного деления и синтеза ДНК нервных клеток. В первые недели после зачатия он приводит к грубым порокам развития ЦНС и к умственной отсталости. После 10-й недели беременности алкоголь вызывает клеточную дезорганизацию и нарушает дальнейшее развитие ЦНС.

Позже алкоголь нарушает у плода мозговой обмен веществ и нейрогенные влияния на эндокринную систему, что вызывает эн-

докринные расстройства, в частности нарушения роста. Выраженность синдрома зависит от тяжести материнского алкоголизма и срока воздействия алкоголя на плод.

? *Тест для самостоятельной работы:*

1. Эмоциональный стресс может быть причиной:
а) психогенного нарушения психики;
б) эндогенного нарушения психики;
в) любых психических нарушений;
г) никаких психических нарушений.

2. Эустресс — это:
а) синдром, способствующий сохранению здоровья;
б) вредоносный или неприятный синдром;
в) психогенный синдром.

3. Дистресс — это:
а) синдром, способствующий сохранению здоровья;
б) вредоносный или неприятный синдром;
в) соматогенный синдром.

4. Психогенная этиология— это:
а) этиологический фактор, связанный с трудной житейской ситуацией;
б) этиологический фактор, связанный с неблагоприятной наследственностью;
в) этиологический фактор, обусловленный соматическим заболеванием.

5. Соматогенная этиология — это:
а) этиологический фактор, связанный с неблагоприятной наследственностью;
б) этиологический фактор, связанный с трудной житейской ситуацией;
в) этиологический фактор, обусловленный соматическим заболеванием.

6. Экзогенно-органическая этиология — это:
а) этиологический фактор, связанный с трудной житейской ситуацией;
б) этиологический фактор, обусловленный соматическим заболеванием;
в) этиологический фактор, обусловленный мозговыми инфекционными болезнями или травматическими поражениями мозга.

7. Эндогенная этиология — это:
а) этиологический фактор, связанный с неблагоприятной наследственностью и реализовавшийся под влиянием экзогенного (внешнего) воздействия;
б) этиологический фактор, обусловленный мозговыми инфекционными болезнями или травматическими поражениями мозга;
в) этиологический фактор, обусловленный соматическим заболеванием.

8. Генетическая (наследственная) этиология — это:
а) этиологический фактор, связанный с неблагоприятной наследственностью и реализовавшийся под влиянием экзогенного (внешнего) воздействия;
б) этиологический фактор, связанный с передачей заболевания по наследству;
в) этиологический фактор, обусловленный мозговыми инфекционными болезнями или травматическими поражениями мозга.

9. Хромосомальная этиология — это:
а) этиологический фактор, связанный с передачей заболевания по наследству;
б) этиологический фактор, обусловленный нарушением структуры хромосом;
в) этиологический фактор, связанный с неблагоприятной наследственностью и реализовавшийся под влиянием экзогенного (внешнего) воздействия.

10. Генная этиология — это:
а) этиологический фактор, обусловленный нарушением структуры хромосом;
б) этиологический фактор, связанный с передачей заболевания по наследству;
в) этиологический фактор, связанный с мутацией гена.

11. Эмбриопатия — это:
а) этиологический фактор, связанный с мутацией гена;
б) этиологический фактор, обусловленный внутриутробным поражением плода;
в) этиологический фактор, связанный с родовой травмой.

Рекомендуемая литература

Веселов Н. Г. Социальная педиатрия.— СПб.: СПбГПМА, 1996.
Журба Л. Т., Мастюкова Е. М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни.— М.: Медицина, 1981.
Исаев Д. Н. Психическое недоразвитие у детей.— Л.: Медицина, 1982.
Исаев Д. Н., Каган В. Е. Психогигиена пола у детей.— Л.: Медицина, 1986.
Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей.— СПб.: Питер, 2000.
Калижнюк Э. С. Психические нарушения при детских церебральных параличах.— Киев: Вища школа, 1987.
Кесельман Л. Е. Социальные координаты наркотизма.— СПб.: РАН, 1999.
Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста.— М.: Медицина, 1995.
Кокс Т. Стресс.— М.: Медицина, 1981.
Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е. Психиатрия.— М.: Медицина, 1995.
Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия.— М.: Академический проект, 2000.
Лангмейер И., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте.— Прага.: Авиценум, 1984.
Марковская И. Ф. Задержка психического развития.— М., 1995.

Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика: ранний и дошкольный возраст.— М., 1997.

Матвеев В. Ф. Психические нарушения при дефектах слуха и зрения.— М., 1987.

Менделевич В. Д. Психиатрическая пропедевтика.— М.: Медицина, 1997.

Мнухин С. С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей/ Труды ЛПМИ. Т. 51. Ред. С. С. Мнухин — Л., 1968.

Мухамедрахимов Р. Ж. Мать и младенец. Психологическое взаимодействие.— СПб.: СПБГУ, 1999.

Психогигиена детей и подростков/ Под ред. Г. Н. Сердюковской, Г. Гёльница. — М.: Медицина, 1985.

Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии/ Под ред. К. С. Робсона — М.: Медицина, 1999.

Руководство по психиатрии/ Под ред. Г. В. Морозова. В 2 т.— М.: Медицина, 1988.

Глава 6
ОБСЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ

Психопатология детского возраста для изучения получаемых данных, оценки динамики и обобщения их с целью составления прогноза и формулирования рекомендаций по терапевтическому вмешательству и коррекционным педагогическим мерам использует свои методы.

Описательный метод. Основной задачей этого метода является наблюдение и описание проявлений здоровой и больной психики у детей и подростков. В задачу входит не только констатация тех явлений, которые «лежат на поверхности», но и проникновение в суть глубинных процессов. Полученные факты должны быть названы научным (психиатрическим) языком, увязаны в причинно-следственные отношения и систематизированы в рамках существующих представлений о психической норме и патологии. В процессе описания психопатологических феноменов (симптомов и синдромов) следует проявлять объективность и до окончания изучения больного не пытаться их трактовать с позиций предполагаемого диагноза. Так, например, выявленная сниженная активность ребенка будет описана различно в зависимости от поспешной оценки этого психопатологического симптома либо как проявления органического психосиндрома, либо как симптома шизофрении. К ошибочным заключениям может привести использование при описании больного таких специфических терминов, как «истерический, неадекватный, манерный, демонстративный» и др. Эти термины так тесно связаны в представлениях специалистов с определенными состояниями и болезнями, что после появления их в описании клинической картины другие диагнозы будут отвергаться. Особенность описания больного может оказаться в зависимости от теоретической ориентации специалиста. Феномены, выявленные одним специалистом, будут настойчиво интерпретироваться с позиций их якобы явной связи с биологическими процессами, тогда как те же самые симптомы будут пониматься другим как проявление личностных особенностей. Естественно, диагностические заключения в этих двух случаях окажутся тенденциозными и различными.

Понимание. Посредством этого метода оцениваются переживания больного. Понимание основано на вычленении духовного содержания при анализе мотивов поведения. Оно также тесно свя-

зано с эмпатией (вчувствованием, сопереживанием), со способностью войти в положение изучаемого ребенка или подростка. Гарантией правильного понимания больного может быть только тесная взаимосвязь между специалистом и пациентом.

Экспериментальный психопатологический метод. Этот метод использует объективные, оцениваемые количественно общие закономерности. Экспериментальная психопатология применяет и психологические, и биологические методы.

Нейробиологические методы. По существу это исследования мозга. Будучи медицинской наукой, психиатрия употребляет те методы, которые могут выявить соматические (биологические) основы психических заболеваний. В случае обнаружения расстройств мозговой деятельности для адекватной терапии придется включить в программу лечения соответствующие назначения. Примером могут быть органические повреждения в раннем детском возрасте, соматогенные психические расстройства, эпилептический синдром при каком-либо неврологическом заболевании (например, при энцефалите или его последствиях).

К числу *нейрофизиологических методов* относятся изучение биоэлектрической активности мозга (электроэнцефалография), регистрация особенностей кровоснабжения мозга (реоэнцефалография), исследование мозга с помощью ультразвука (эхоэнцефалография).

Для изучения ЦНС используют *рентгенографию* костей черепа, пневмоэнцефалографию (рентгенографию мозговых желудочков и других образований мозга после введения в них для контраста воздуха), ангиографию (рентгенографию сосудов мозга после введения в них контрастного вещества), компьютерную томографию головы (послойное автоматизированное рентгенографическое исследование тканей мозга), позитронно-эмиссионую томографию (основанную на изучении обмена веществ в разных отделах мозга при введении химических веществ, меченных изотопами).

Фармакологические методы исследования применяются, например, для выявления чувствительности к определенным веществам (седуксену, дексаметазону) с целью уточнения неявно выраженной симптоматики и назначения более эффективного лечения (например, при тревоге, депрессии). Психонейроэндокринология изучает взаимодействие некоторых структур мозга с эндокринными железами с целью выявления патогенеза тех или иных заболеваний. Для уточнения диагноза используются клинические лабораторные исследования спинномозговой жидкости (для выявления сифилитического поражения ЦНС, энцефалитов другого происхождения, опухолей головного мозга), крови, мочи и других жидкостей организма (с целью выявления соматических заболеваний, которые могут быть причиной психических расстройств).

Генетические методы. С целью оценки предрасположенности к определенным психическим заболеваниям (шизофрении, аффек-

тивным психозам и др.) давно используется изучение генеалогического древа, близнецов и усыновленных детей больных родителей. В настоящее время еще исследуются хромосомы и гены. Оказалось, в частности, что в формировании психических заболеваний принимают участие помимо генетического материала и многие другие факторы (гетерогения). Эти последние могут вызываться внешними воздействиями или возникать в организме.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ОПРОС РЕБЕНКА

В ходе обследования ребенка должна быть получена та же информация, что и при беседе со взрослым для изучения психического статуса: ориентировка в собственной личности, месте, времени, самосознание, чувственное познание, течение мыслей, фантазии, амбиции, память, интеллект, речь, активность, внимание, воля, эмоции, настроение, межличностные отношения, поведение, манерность и т. д. Способы получения этих данных зависят от возраста и особенностей ребенка, подготовки и личности исследующего, а также от условий, в которых происходит изучение ребенка. Психопатологическое исследование требует достаточного времени и обычно продолжается в течение нескольких встреч.

ОБОРУДОВАНИЕ КАБИНЕТА, ГДЕ ПРОИСХОДИТ ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЕНКА

В кабинете, где проводится обследование, может быть следующее оснащение: игрушечная кухня для варки и печенья, раковины для игр с водой, пространство для подвижных игр, различный материал для проявления ребенком изобразительных способностей (пластилин, глина, краски и карандаши), деревянные тумбочки и скамейка, строительные кубики, куклы, маленькие фигурки для разыгрывания сцен из обыденной жизни, куклы-марионетки, игрушечные солдатики и пушки, меблированный игрушечный дом, поезда разных размеров, грузовики, легковые машины, самолеты, модели для сборки и разнообразные настольные игры. Конкретный ассортимент предметов в комнате варьируется время от времени, что может зависеть от фантазий или предпочтений исследующего специалиста. Насколько это возможно, большая часть материала должна находиться в шкафу с раздвижными стеклянными дверцами, чтобы дети могли видеть игровой материал и можно было бы легко подбирать необходимые стимулы для тех детей, которые нуждаются в активизации их поведения и раскрытии их психологических особенностей. Должна быть в наличии семья ку-

кол с реалистичными гениталиями, которая может быть использована при необходимости (например, при экспертизе жертв сексуальных злоупотреблений).

Упомянутые предметы часто используются также и при психотерапии. Кроме того, можно добавить другие материалы, подходящие как для диагностических бесед, так и для психотерапии: предметы, используемые в творчестве, определенные куклы для агрессивных фантазий детей, заводные машинки, куклы-марионетки для изображения взаимодействия и персональной проекции. Полезны также некоторые настольные игры, которые можно использовать в процессе взаимодействия с обследующим профессионалом и чтобы позволить ребенку уклониться или высвободиться от эмоционально обременяющей активности.

Недовольство детей ограничениями в течение исследования и тот факт, что дети меньше взрослых озабочены своими личными делами, делает позволительным вывод на некоторое время детей из комнаты обследования. С этой целью можно использовать лифт или другой этаж здания, которые могут оказаться для детей наиболее интересными и интригующими. Улица, местная игровая площадка, фонтан газированной воды в киоске, особенности строений в соседнем квартале могут стать частью «оборудования» для психиатрической беседы.

Решение вывести ребенка из кабинета может стать ловушкой. Большинство детей узнает уже в раннем возрасте, что дискомфорт в некоторых ситуациях смягчается изменением предмета беседы или переходом на другое место. Если исследующий беспокоится, что по той или иной причине беседа с ребенком «не клеится», он может вывести его поиграть, чтобы улучшить с ним общение. Психиатры и психологи так привыкли говорить на такие темы, как сексуальность, жестокое обращение или печаль, что могут не почувствовать душевного дискомфорта у беседующего с ними ребенка вне зависимости от того, что он утверждает. Однако символическая игра этих эмоций, отказ говорить или делать что-либо, жестикуляция или слова, которые слишком персональны, могут провоцировать специалиста вывести ребенка из кабинета, не понимая, что это именно его дискомфорт, а не беспокойство ребенка, которое он пытается смягчить. Решение или действие исследующего специалиста, направленное на расширение места и сферы обследования, является корректным, если это облегчает достижение поставленной цели: лучше постичь трудности, волнующие ребенка. Когда ребенок взят для игры в другое помещение во время осмотра, необходимо задаться вопросом, узнали ли что-либо новое о ребенке. Если нет, тогда следует лучшим образом использовать время в кабинете.

4 Зак. 4344

ВОЗРАСТ И ОСОБЕННОСТИ РЕБЕНКА

Из трех факторов диагностического опроса — условий, в которых проводится беседа, специалиста и самого ребенка — наиболее важным является исследуемый ребенок. Заняло бы много времени обсуждение своеобразия психики детей всех возрастных уровней и различных особенностей поведения в соответствующем возрасте. Следует, однако, привести общие соображения о детях как о клиентах.

Существует большая опасность получения необъективной информации, если кто-либо (родитель, воспитатель) слишком рано проявил озабоченность с целью определения нормального или отклоняющегося поведения. В процессе самого осмотра следует сделать акцент на изучении ребенка настолько глубоко, насколько это возможно, вместо того чтобы высказывать преждевременные заключения или профессиональные суждения.

Необходимо принимать во внимание отношение ребенка к тому, кто его осматривает, и к самой процедуре беседы. Многие дети, будучи приведенными в кабинет для осмотра, относятся к этому отрицательно и нередко сопротивляются. С точки зрения ребенка, это отношение полностью оправданно. Ребенок-пациент проявляет сходство со взрослым в том, что обычно не стремится получить профессиональную помощь и приводится на обследование против желания. Прошлый опыт ребенка может указывать на то, что все взрослые в сговоре и беседующий с ним человек также не исключение. Конечно, дети знают, что связь между родителями и обследующим привела к договоренности об обследовании «за их спиной» и что родители вступают в союз с ним. Дети полагают, что, исключая самые низкие цели, у взрослых нет настоящего интереса к их пониманию. Обычно, допускает ли эту мысль ребенок или нет, он твердо верит, что обследование даст положительные доказательства его врожденной испорченности и приведет к продолжению родительских наказаний.

Языковый барьер может стать проблемой при общении обследующего и пациента. Подростки и представители определенных этнических групп или субкультур часто используют жаргонные слова и выражения в сознательной попытке сохранить свой внутренний мир в неприкосновенности от посягательств окружающих. Мышление дошкольников еще очень отличается от мышления взрослых. Их способность использовать отвлеченные понятия и выражать чувства и мысли на вербальном уровне часто бывает ограниченной. Эти трудности еще один довод в пользу обследования и терапии в процессе игры. Ребенку намного легче выразить себя в действии, чем о себе рассказать.

В то же время у взрослых (специалистов) обычно возникают большие трудности в понимании языка игры детей. Игры взрос-

лых – рекреация и передышка в процессе работы. У детей же игра – главное занятие и имеет намного большее значение, чем только отдых после работы. Игровая активность детей обычно имеет общее значение для группы детей одного и того же возраста и одного и того же культурного уровня. Игра также имеет уникальное значение для индивида внутри группы. Чтобы понять это уникальное значение, следует не только наблюдать за содержанием и формой игры, но и знать детские фантазии, сопровождающие игру, а также выявлять аффекты, ассоциирующиеся с игрой. Е. Эриксон, например, полагает, что во многом уникальное значение игры определяется стремлением ребенка научиться управлять собой, собственным телом, справляться с телесными ощущениями и тревогой, вызываемой событиями, происходящими вокруг. Через игру ребенок обучается понимать реальность посредством эксперимента и планирования. Определенно: черта человека любого возраста – использовать опыт создания модельных ситуаций.

Асоциальный и делинквентный ребенок будет больше упорствовать в своем сопротивлении обследованию и беседе, чем любой другой ребенок. Такие дети, особенно те, у кого нет чувства вины из-за своего поведения, подходят ко всем взрослым с негативным переносом недоверия и враждебности. Взрослый должен быть способен принять сторону ребенка и согласиться с его поведением, возникшим при определенных обстоятельствах. Когда эти дети упорно лгут или стоически молчат, обследующему специалисту следует справиться со своим раздражением и обычным импульсом взрослого к проявлениям враждебности и лжи «обвиняемого». Иногда недоверие ребенка удается преодолеть прямым согласием с ним, что опасно доверять чужим взрослым, однако и напоминанием пациенту, что некоторые предметы могут обсуждаться совместно безо всякой опасности. Ребенок должен знать, что его не обманывают и ему не следует сердиться на эти искренние попытки и рассматривать их как надувательство. Чтобы добиться контакта, приходится иногда употребить легкий прозрачный сарказм в форме шутки, рассказывая ребенку нарочитую неправду.

Откровенное, не осуждающее обсуждение противоправных деяний ребенка может сломить его сопротивление и облегчит ему возможность доверять обследующему свои представления о границах правого и неправого. Не имеет значения, как далеко находится ребенок от социального благополучия,– каждый индивид имеет определенную линию или точку, в пределах которой он рассматривает поведение как неправильное. Некоторые простые примеры: обычная вера в то, что украсть небольшую ценность, в отличие от большой, не является преступлением или что не должна подвергаться особому порицанию кража у государства или большой корпорации, в то же время это серьезно, когда что-нибудь берут из собственности соседа.

Существенно помнить, что тому, кто обследует ребенка, не предназначено добиваться признания. Задача состоит в том, чтобы сформулировать профессиональное мнение о всесторонних особенностях психического функционирования и поведения пациента. Таким образом, вопросы предназначены не для того, чтобы узнать, было или нет совершено то или иное дело. Можно задавать вопросы так, как будто факт его наличия был уже признан. Ребенок тогда волен отказаться или принять это предположительное утверждение: так как его виновность или невиновность не доказана, он может быть готов рассказать о деталях. Некоторые делинквентные дети с готовностью отвечают на вопрос: «Как случилось, что тебя схватили?». Однако они могут гневаться, когда их спрашивают о том, почему или где было совершено определенное действие (правонарушение).

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮ

Диагностическое интервью должно состоять из сочетания игры и беседы. Манипулирование детской игрой соответственно некоторым заученным структурированным процедурам интервью вероятно подавит спонтанность ребенка. С другой стороны, одно только пассивное наблюдение игры ребенка без оценки его некоторых словесных ассоциаций не позволит исследователю понять, каково особенное значение детской активности.

Применяют активный разговорный метод интервью в кабинете, оборудованном под игровую комнату. Дети младше 10—11 лет чувствуют себя уютнее и продуктивнее работают, когда используют игровые материалы, а старшие дети с готовностью реагируют на разговорный метод обследования. Однако даже некоторые 14—15-летние подростки спонтанно используют игрушки, обычно в качестве инструмента для снижения эмоционального напряжения. С другой стороны, некоторые 6—7-летние дети не способны использовать игровой материал, но могут участвовать в прямом разговоре о себе и значительных событиях или людях в их жизни.

Детей не следует понуждать делать что-то или заставлять играть. Если они кажутся заинтересованными, им можно сказать, что они могут использовать любые предметы в комнате. Если они играют спонтанно, то им можно время от времени задавать вопросы, чтобы прояснить их действия и мысли. Если они кажутся удовлетворенными, когда говорят, то следует позволить им беседовать. Если у них прогрессирует тревожное состояние в процессе обследования, их следует вывести погулять или предложить поиграть.

Необходимо иметь достаточно времени для диагностической беседы. Активность обследующего должна находиться в зависимости от уровня продуктивности ребенка и подход следует менять от

ребенка к ребенку. Пациенту следует дать достаточно возможности оставаться спонтанным, все же имея в виду, что продолжительное молчание спровоцирует тревогу у многих детей.

Слова «почему» следует избегать, насколько это возможно. «Почему?» часто звучит как обвинение или подразумевает, что ситуация может кому-то повредить и требует извинений. Если бы ребенок знал ответ, он бы, вероятно, не нуждался в психологической помощи. Дети отрицательно настроены взрослыми к вопросу: «Почему?». Часто родитель спрашивает: «Почему ты делаешь это?» или «Почему ты не делаешь так и так?» В течение игровой ситуации вопрос: «Почему кукла убежала из дома?» — может разрушить игру. Задавая вопрос: «Что кукла думала о том, когда она убежала из дома?», можно облегчить детские ассоциации. Спрашивая пациента, почему он/она хочет быть пожарным, или милиционером, или медицинской сестрой, когда вырастет, имеют в виду, что он/она должен объяснить свое решение. Лучше спросить, что милиционер или медсестра делают, что вызывает интерес или является забавным. Вместо вопроса, почему определенное событие в жизни ребенка случилось, лучше спросить: «Где ты был и что все делали до того, как это случилось?», «Как ты себя чувствовал?», «Как это событие подействовало на тебя?»

Существует 10 широких общих тем, вокруг которых интервью может быть свободно структурировано.

1. Причины прихода или привода на обследование.
2. Развлечения и интересы.
3. Социальная, культурная и этническая группа и ребенок как ее часть.
4. Отношения со сверстниками.
5. Планы на будущее.
6. Семейные отношения.
7. Обсуждение трудностей настоящего времени.
8. Общее здоровье (психофизиологический статус).
9. Фантазии и страхи.
10. Социальная приспособленность.

Ребенок часто сам начинает беседу, сообщая о своих трудностях или иллюстрируя некоторый важный аспект своих межличностных отношений. Ребенок может говорить прямо об этих предметах или употреблять символы или игру. В течение нескольких интервью некоторые дети самостоятельно дают значительную информацию по каждой из предложенных тем. Другие спонтанно включают в свой разговор большинство из тем, и при относительно малом количестве вопросов можно получить информацию о предметах, которые ребенок не затронул сам. Все же имеются дети, требующие значительной настойчивости обследователя.

Тем опроса можно касаться в любом порядке. Часто это помогает задавать вопросы не прямо или смягчать их комментариями

вроде: «Некоторые дети говорили мне, что они от посещения специалиста ожидали чего-то другого», «Маленькая девочка/мальчик сказала мне однажды, что у нее было много беспокойств с ее братьями и сестрами. Знаешь ли ты кого-нибудь, кто переживал бы то же самое?» Учителя, сверстники или родители могут быть теми, о ком спрашивается вместо вопроса о сиблингах (братьях и сестрах). Когда это возможно, желательно ставить прямые вопросы. Если в ответ ребенок молчит, то ему следует позволить продолжать молчание или перейти к другим занятиям. Можно предложить ребенку сказать: «Я не знаю», если действительно он не знает ответа на вопрос. Но если он знает ответ и не хочет отвечать, то ему можно посоветовать сказать: «Я не хочу говорить об этом».

Причины прихода или привода ребенка на обследование. Следует спросить, что ребенок думает о цели посещения. Узнать о чувствах ребенка в связи с визитом. Если он ничего не говорил об этом или ничего не знает, побудить его к тому, чтобы он попытался догадаться или ответить, что он думает о том, почему другие приходят на обследование. Ребенка следует успокоить, если у него обнаруживается страх из-за посещения специалиста. Обследующий должен назвать себя и свою заинтересованность во всем, что касается ребенка. Если известно о серьезных противоречиях между ребенком и родителями, то будет полезно показать свою осведомленность ребенку и побудить его высказать свое мнение об этом. Однако, когда ребенок не желает обсуждать свои трудности, бесполезно пытаться глубоко зондировать тему до тех пор, пока с ним не установятся отношения. Возможно, это случится лишь во время второй или третьей встречи.

Развлечения и интересы. Когда ребенок проявляет некоторые особые способности или интересы, легко собрать значительную информацию деликатными вопросами о деталях. Если ребенок не дает никаких сведений, его можно прямо спросить о его хобби или о деятельности, которую он считает особенно увлекательной. Ведение беседы может быть облегчено разговором о нейтральных темах или об успехах ребенка. Информацию о способностях, интересах или недостатках ребенка сравнительно со сверстниками можно получить во время интервью. Обсуждая эти темы, можно получить сведения об организации мышления, потоке мыслей, продолжительности внимания и даже сориентироваться в его интеллектуальных способностях.

Социальная, культурная и этническая группа и ребенок как ее часть. Следует провести опрос ребенка о школе, церкви и окружающей среде. Что ребенку больше всего нравится из мест, которые его окружают, и что меньше всего? Каковы люди, с которыми он встречается? Что его родители говорят о школе и других местах, где ребенок бывает? Следует также спросить, что больше

всего его беспокоит в школе: учителя, учеба или другие дети? Переходил ли он когда-либо из школы в школу или, может быть, хотел сделать это? Что больше всего ему нравится и что он хотел бы изменить в школе?

Если национальность, культура или особенности языка специалиста отличаются от таковых же у ребенка или его семьи, то обследующему придется обсуждать обычаи, традиции и способы воспитания в семье, если ребенок сам не сделал этого в течение первых бесед.

Мы легко осознаем имеющиеся у ребенка отличия от нас. И в то же время склонны игнорировать наши отличия от него. В связи с этим следует спросить ребенка: «Замечаешь ли ты, как мы иначе, чем ты, произносим (говорим) те же слова, что и ты? Используем слова, которые ты ранее не слышал?» Осознает ли он отличия, имеющиеся у обследующего, в сравнении с ним. Желательно предложить ему следующие вопросы: «Что тебя удивило, когда мы в первый раз встретились?», «Что ты подумал и почувствовал, когда ты первый раз заметил наши различия?» Подростку следует сказать определеннее: «Был ли ты на приеме у женщины-специалиста?», «Трудно ли меня понимать из-за моего акцента?», «Мое отличие от тебя смущает, волнует, оскорбляет или заставляет решиться не приходить сюда больше?» Если ребенок может оценить свои негативные чувства, правильнее найти пути для того, чтобы обследование для него было менее трудным. Многие дети не хотят обсуждать возникающие у них чувства в связи с различиями между ними и обследующим персоналом. Однако иногда только выявление этих трудностей в общении способно привести к снятию напряжения и преодолению сопротивления.

Некоторые специалисты делают усилия для преодоления привычки использовать в речи научные термины, говорят простыми словами, краткими фразами или идут даже дальше, подражая языку, говору, жаргону или акценту ребенка. Мотивы, может быть, и благородные, однако невозможно сделать свою речь соответствующей «уличным образцам» полностью. Вероятно, лучше сказать ребенку о существующих различиях, которые, возможно, будут мешать говорить и понимать друг друга. Если это случится, следует переспросить и получить разъяснения.

Отношения со сверстниками. Знания о взаимоотношениях со сверстниками, как их понимает ребенок, дают значительную информацию о способности создавать значимые взаимоотношения и идентификации, о степени осознавания своего социального статуса и уровне независимости. Важно выяснить: имеет ли одного друга, или нескольких лучших друзей, или говорит об общении со многими, почти с каждым? Каковы глубина и природа этих «тесных» отношений, если они существуют? Рассказывают ли они друг другу секреты? Как часто они общаются? Чем они занимаются,

когда оказываются вместе, и как они разрешают несогласие? Какие ребята ему не нравятся и кому он не нравится? Какие различия у него с ними? Следует спросить о принадлежности к той или иной спортивной команде или группе самодеятельности. Попросить ребенка сравнить себя с другими в этих группах по уму, лидерству, физическим данным и т. д.

Планы на будущее. Когда ребят спрашивают о том, что они собираются делать, когда вырастут, они оказываются смущенными и отвечают, что еще не знают. Их можно разуверить в том, что окончательное решение не может быть сделано в это время. Все же почти все время от времени думают о своем будущем, даже если позже меняют свои решения. Что обычно планируется? Что делать на каникулах? При выборе будущего нередко дети основывают свои суждения на внешних сторонах приглянувшихся профессий. Задаются вопросы о возможности вступления в брак. Выбран ли уже сейчас предполагаемый партнер? Что хорошего и что плохого ожидается от брака? Хотят ли иметь своих детей? Если да, то как много? Мальчиков или девочек? Каковы преимущества одних и каковы – других? Что говорят о том, откуда берутся дети, как они туда попадают?

Семейные отношения. Следует попросить детей рассказать о приятности семейных отношений и радости, какую они доставляют друг другу как группа и отдельно с братьями, сестрами и родителями. Выяснить, что вызывает у них недовольство в семье, кто их раздражает, с кем чаще ссорятся. Когда кто-то гневается, как реагируют пациент, родители? Что знают о том, как проводят свободное время родители, что думают об их работе?

Маленьким детям рисуют фигуры матери и ребенка без явного обозначения пола. Затем просят рассказать все, что они видят на этом рисунке. Ребенок нарисованной фигурке дает тот же пол, к какому принадлежит сам. Спросить о возрасте нарисованного ребенка и отношениях с матерью. Радует ли ребенок мать или раздражает? Как ведет себя мать, когда ее раздражает или радует ребенок? Что делает ребенок, переживая то же? Этот же перечень вопросов можно использовать, спрашивая об отце. Описывая ситуацию гнева, большинство детей говорят об отгороженности как об их обычной реакции. Что они чувствуют при этом? Пытаются атаковать или бежать? Делали они когда-либо так или нет? Были ли суицидальные или гомицидальные намерения?

Обсуждение трудностей настоящего времени. Даже если ребенок хотел бы обсудить имеющиеся у него симптомы в течение первой встречи, лучше это сделать во всех подробностях после того, как установятся доверительные отношения. Его можно спросить, становится ли ему хуже или лучше и насколько он обеспокоен трудностями. Что он думает о возможной помощи. Следует

спросить о прошлых обследованиях и видах лечения. Поинтересоваться, как ему и его семье могли бы помочь.

Общее здоровье (психофизиологический статус). Необходимо собрать сведения о прошлых заболеваниях, операциях, повреждениях головы и других частей тела, а также о реакциях на них. Особое значение для психического здоровья могут иметь перенесенные в прошлом кратковременные сильные потрясения или продолжавшиеся длительное время состояния эмоционального напряжения. Следует также выяснить наличие текущих соматических симптомов. При необходимости придется обсудить правильность протекания менструального цикла. Важно знать о пищевых привычках, протекании сна и общем физическом благополучии. При плохом контакте больного с реальностью задаются вопросы, выявляющие расстройства восприятия (иллюзии, галлюцинации).

Ребенка можно попросить нарисовать фигуру и затем фигуру противоположного пола и подписать ее имя. В процессе рассказа об этих фигурах выявится «Я-концепция» ребенка и межличностные взаимоотношения. И наконец, рисунки позволят оценить тонкую моторную координацию. Рисунки позволяют также получить приблизительную оценку интеллекта (the Goodenough Draw-a-Person Test).

Фантазии и страхи. Многое в содержании беседы может оказаться фантазиями пациента. Они могут быть содержанием рассказов, игр, рисунков, живописи, лепки. Однако, несмотря на то что никакая фантазия не может дать исчерпывающую характеристику клиническому состоянию, все же, анализируя продукцию детского воображения, можно получить впечатление о контакте ребенка с реальностью, о его интеллекте, преобладающих чувствах, «Я-концепции», о степени торможения или недостаточности торможения чувств. Если ребенку удается рассказать и выявить свои чувства по отношению к своим фантазиям, значение игры становится уникальным. Часто игры отражают семейные отношения или прошлые переживания. Иногда ребенок оказывается таким сдержанным и бессловесным, что приходится входить в общение с ним на основании одного анамнеза без достаточного знания его мыслей и чувств.

В дополнение к спонтанной детской продукции можно расспросить ребенка о приятных и ужасных сновидениях. Интересуются также самыми ранними воспоминаниями и тремя желаниями, которые нередко ассоциируются с пережитыми психологическими конфликтами. Можно предложить 3 мешочка с монетами для того, чтобы ребенок использовал деньги для реализации своих желаний.

Вопросы о страхах и беспокойствах могут быть заданы прямо в зависимости от той информации, какую дает ребенок или его родители. Часто ребенок предполагает, что его страхи и беспокойства уникальны, а у других детей такого не бывает. В этом случае

обязательно следует разуверить ребенка. При необходимости приходится спрашивать и о том, что случается с людьми, которые умирают, и о возможном появлении страхов в связи с умиранием.

Некоторые дополнительные штрихи об идентификации ребенка и его наиболее болезненных чувствах можно узнать, спрашивая о том, какого рода животное ребенку больше всего нравится и что особенного в этом животном.

Социальная приспособленность. Часто, прямо или косвенно спрашивая о возможности развития ситуации в игровой комнате, ребенок обнаруживает некоторые из своих представлений о том, что правильно, а что неправильно в жизни, или о том, с чем он не может справиться. Иногда ребенка прямо спрашивают: как он думает, правильно или неправильно он действует, и почему он так считает. Сведения о социальной активности и интересах ребенка можно получить от родственников при рассмотрении его социокультурного окружения. Управление ребенком и применяемые ограничения в семье, так же как и понимание ребенком того, что такое правильное и неправильное поведение, может быть эмоционально напряженной темой. У ребенка могут быть значительные различия во взглядах с родителями на поведение взрослых и детей. Любые вопросы следует задавать без оценок и осуждения, так, как будто собираются только факты. Существенно прямо или косвенно узнать о взаимоотношениях семьи ребенка и местного населения, чтобы выявить степень гармоничности между ребенком и родителями и между семьей и ее окружением.

В течение диагностического исследования специалисту иногда приходится наблюдать взаимодействующую семью вместе. Предпочтительней проводить беседу с семьей во время первого визита, так как это уменьшает недоверие и сопротивление со стороны ее членов и дает хорошую возможность познакомить с диагностическими процедурами и объяснить их значение ребенку и родителям вместе. В ходе такого исследования удается, например, показать ребенку, как обследующий пытается предупредить использование его в качестве «козла отпущения». Следует также помочь и семье увидеть соответствующие трудности, которые членам семьи кажутся изолированными личностными проблемами каждого.

ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА РЕБЕНКА

1. *Внешность.* Увеличенные размеры головы могут быть признаком гидроцефалии, болезней Г. Гурлера или В. Тей–Сакса. Маленькая голова – проявление микроцефалии. Шея с крыловидной складкой – симптом болезни Шерешевского–Тернера. Округлое лицо с плоской переносицей может быть при болезни Дауна. Катаракты встречаются при галактоземии, врожденной краснухе.

Монголоидный разрез глаз и эпикант – признаки болезни Дауна. Маленькие, низко расположенные уши наблюдаются и при болезни Дауна, и при болезни Шерешевского–Тернера. Непропорционально маленькие конечности – при болезни Дауна. Короткие лопатообразные кисти – симптом гаргоилизма. Сросшиеся пальцы рук и ног наблюдаются при синдроме Аперта. Лицевые гемангиомы – признак синдрома Стердж–Вебера. Мелкие опухоли подкожных жировых желез – признак туберозного склероза. По внешности можно судить не только о наличии наследственных и врожденных аномалий, но и о некоторых приобретенных нервно-психических расстройствах. Так, например, меняющийся из-за приливов крови цвет кожи может быть одним из проявлений невротических расстройств. Кожные проявления нейродермита – симптом психосоматического расстройства.

2. *Ориентировка.* Изучение ориентировки ребенка позволит оценить степень сохранности сознания и выявить, если имеются, расстройства сознания.

3. *Чувственное восприятие.* Оцениваются сохранность или расстройство ощущений, наличие ослабления или усиления восприятия, а также искажения или проявления ошибочных расстройств восприятия.

4. *Мышление и вербализация.* Выявляются особенности течения мыслительного процесса и его расстройства, а также наличие продуктивных нарушений (бредоподобных фантазий, сверхценных, навязчивых или бредовых идей).

5. *Память.* Оценивается запечатление, сохранение и воспроизведение опыта. Выявляются нарушения памяти и ее ошибки.

6. *Интеллект.* Производится определение характера функционирования умственной деятельности и определяется интеллектуальный коэфициент.

При обнаружении отклонений оценивается тотальность или парциальность нарушений.

7. *Эмоции и настроение.* Определить особенности эмоционального реагирования (живость, дифференцированность, неадекватность). Квалифицировать состояние настроения (ровное, повышенное, пониженное, мрачное, благодушное, безразличное), оценить степень устойчивости (неустойчивое, уравновешенное). Выявить наличие страха, тревоги.

8. *Воля. Внимание.* Оценить сохранность, снижение или повышение произвольной активности. Выявить нарушения и искажения воли (импульсивность, манерность, кататонические явления). Получить представление о состоянии внимания (истощаемость, отвлекаемость, уменьшение объема).

9. *Поведение.* Обратить внимание на степень общительности (замкнутость), склонность к побегам, отказы от приема пищи и т. д.

10. *Анализ сновидений.*

11. *Обсуждение творчества детей (рисунков, рассказов).*
12. *Анализ игровой активности.*
13. *Суммарная оценка психического статуса.*

МЕТОДИКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

1. Шкала Векслера для детей.
2. Нейропсихологический анализ высших психических функций:
   - исследование зрительного гнозиса;
   - исследование слухового гнозиса;
   - исследование соматосенсорного гнозиса;
   - исследование движений и действий;
   - исследование речевых функций и слухоречевой памяти;
   - исследование школьных навыков.
3. Картинки с нелепыми ситуациями — «нелепицы».
4. Заучивание десяти слов (память, утомляемость, внимание).
5. Опосредованное запоминание (по Леонтьеву).
6. Обучающий эксперимент (классификация геометрических фигур).
7. Доска Сегена (доступность простых целенаправленных действий).
8. Установление последовательности событий (сообразительность, понимание связи событий, построение последовательных умозаключений).
9. Классификация (обобщение последовательности умозаключений).
10. Методика Пьерон–Рузера.
11. Воспроизведение рассказов.
12. Исключение лишних предметов (аналитико-синтетическая деятельность, умение строить обобщения).
13. Исследование процесса совмещения.
14. Опросник Шмишека.
15. Методика Кооса (конструктивное мышление, пространственная ориентировка, сообразительность, внимание).
16. Детский апперцепционный тест (САТ).
17. Исследование цветового гнозиса.
18. Исследование тактильного и кинестетического восприятия стереогноз, дермолексия, пробы на наличие пальцевой агнозии).
19. Оценка слухоречевых функций (логопед, фонематичекое восприятие, дифференцирование акустически и артикуляторно близких речевых звуков, фонематический анализ слов).
20. Рядоговорение.
21. Ритмы.
22. Тест Озерецкого «кулак–ребро–ладонь».

23. Повторение цифр.
24. Рисунок «дом—дерево—человек».
25. Срисовывание геометрических фигур.
26. Ориентировка в «право-лево».
27. Составление рассказа по картинке.
28. Методика выявления умственной и мотивационной готовности к обучению (познавательная активность, интерес к новым знаниям, видам деятельности, отношение к школе, что запомнил, решение задач, составление задачи про свою семью, умение слушать инструкцию, работать в соответствии с ней, умение видеть весь ряд на основе элементов, умение осуществлять деятельность в соответствии с указаниями, складывание предметов из обломков).
29. Понимание переносного смысла пословиц, метафор.
30. Детский многофакторный личностный опросник (вариант методики Кетелла).

ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Обследование желательно начинать с опроса родителей. Беседу с ними следует проводить в отсутствие сына или дочери, так как даже детей раннего возраста это может обеспокоить. Самим родителям также будет трудно сосредоточиться, их все время будет отвлекать состояние и поведение ребенка. Помочь им смогут в этой ситуации кто-либо из близких родственников, занимаясь с ребенком во время разговора с врачом. Желательно начинать беседу с жалоб, предъявляемых родителями. Знание того, что их беспокоит, сосредоточит обследующего на обстоятельствах, которые могли быть наиболее вероятными факторами, участвующими в возникновении обсуждаемых расстройств. В числе обсуждаемых тем должна быть семья ребенка: генетические, психологические характеристики, соматическое здоровье, возраст, профессиональные вредности отца и матери и многое другое, что сможет прояснить особенности семейных взаимоотношений, а также модус воспитания ребенка. Следующая тема — течение беременности и все вредности, которые перенесла будущая мать в это время: психотравмирующие факторы, болезни, физические и химические воздействия, а также возможные осложнения вынашивания плода. Особого внимания заслуживают особенности течения родов и послеродового периода. Личный анамнез ребенка, отражающий темп психосоматического развития ребенка, должен быть дополнен оценкой состояния психического и соматического здоровья матери и ее взаимоотношений с отцом младенца. Важно не только учесть возможные соматические расстройства и отклонения в развитии, но отметить психологические трудности, возникавшие на коротком жиз-

ненном пути малыша (передача на воспитание другому лицу, частые разлуки с матерью, раннее помещение в детское учреждение, госпитализация, постоянные ссоры родителей, беспокойная домашняя обстановка). У проводящего обследование должно сложиться представление о темпераменте (врожденных особенностях психики) ребенка. Оценка активности, ритмичности психосоматических проявлений, степени адаптивности, реагирования на новизну, порогового уровня раздражителей, интенсивности реакций, качества настроения, отвлекаемости и объема внимания — все это позволит специалисту понять поведение ребенка в конкретной обстановке семьи или учреждения. Кроме того, знание темперамента ребенка необходимо для правильного прогноза его приспособления к социальной среде, а также для назначения необходимых мер психологической и социальной поддержки. Обследование самого ребенка должно проводиться при соблюдении ряда условий: в оптимальное для него время, вместе с близкими ему людьми, в процессе взаимодействия с матерью (кормление, пеленание, общение, игра). Желательно пользоваться теми или иными стандартными формами обследования. Для полного представления о ребенке необходимо изучить социальные возможности ребенка, его эмоциональное развитие, когнитивный уровень, сформированность речи, двигательную умелость, уровень физического развития, темперамент, характер привязанности к родителям. С этой целью используются: анамнестические сведения, полученные от родителей, других лиц, участвующих в воспитании ребенка; результаты наблюдений за взаимоотношениями родителей с ребенком во время игр; итоги наблюдений за взаимоотношениями ребенка с врачом, психологом или педагогом в процессе выполнения тестовых или не тестовых заданий; оценка психомоторной зрелости малыша по какой-либо методике развития ребенка раннего возраста (Bayley Scales of Infant Development, 1969, Denver Development Screening Test, 1971, Revised Development Screening Inventory, 1980, K. Zwiener, 1982, Г. В. Пантюхина, К. Л. Печера, Э. Л. Фрухт, 1983, Г. В. Козловская, А. В. Горюнова, 1995); результаты наблюдений за реакцией ребенка на разлуку с родителями и их возвращение; история болезни (амбулаторная карта), карта новорожденного, заключения педиатра, психолога, характеристика педагога.

Диагноз психического расстройства ставится на основании упомянутых результатов обследования семьи и ребенка. Основным для выявления психического расстройства является наличие жизненных трудностей в семье ребенка в целом — у матери, отца, самого ребенка или других членов семьи, эмоционально тесно связанных с родителями. Для этого может потребоваться значительное время, дополнительные исследования и большое терпение в работе с родителями, которые не всегда могут, а иногда и не хотят сотрудничать с врачами. Характер трудностей, способных вы-

звать обсуждаемые расстройства у детей, описан выше. Следует также учитывать многие другие факторы, участвующие в возникновении (патогенезе) психосоматических расстройств (наследственную предрасположенность, функциональную или анатомическую слабость пострадавших органов или систем, особенность психики и нейродинамических сдвигов ребенка и др.).

Темы для самостоятельной работы

1. Методы психиатрии. 2. Описательный метод. 3. Понимание, вчувствование, как метод. 4. Нейробиологические методы. 5. Генетический метод. 6. Лабораторный метод. 7. Диагностическая беседа. 8. Психологические методы. 9. Схема психиатрического статуса.

Рекомендуемая литература

Благосклонова Н. К., Новикова Л. А. Детская клиническая электроэнцефалография.— М.: Медицина, 1994.

Блейхер В. М., Крук И. В. Практическая патопсихология.— Ростов-на-Дону: Феникс, 1996.

Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психодиагностике.— СПб.: Питер, 1999.

Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А. Методы нейропсихологической диагностики.— СПб., 1997.

Демьянов Ю. Г. Диагностика психических нарушений. Практикум.— СПб.: МиМ, 1999.

Детская патопсихология. Хрестоматия.— М.: Когито-Центр, 2000.

Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике.— Л.: Медицина, 1983.

Лубовский В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей.— М., 1989.

Лурия А. Р. Основы нейропсихологии.— М., 1973.

Максимова Н. Ю., Милютина Е. Л. Курс лекций по детской патопсихологии.— Ростов-на-Дону: Феникс, 2000.

Общая психодиагностика/ Под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина.— М.: МГУ, 1987.

Озерецкий Н. И. Метод массовой оценки моторики у детей и подростков.— М.: Медгиз, 1930.

Патопсихология. Хрестоматия.— М.: Когито-Центр, 2000.

Пожар Л. Психология аномальных детей и подростков — патопсихология.— М.: Воронеж, 1996.

Психо-диагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии/ Под ред. Д. Н. Исаева, В. Е. Кагана.— СПб., 1991.

Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии/ Под ред. К. С. Робсона.— М.: Медицина, 1999.

Руководство по психиатрии/ Под ред. Г. В. Морозова. В 2 т.— М.: Медицина, 1988.

Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста/ Под ред. С. Ю. Циркина.— СПб.: Питер, 1999.

Глава 7
РАССТРОЙСТВА ОЩУЩЕНИЙ И ВОСПРИЯТИЯ

ОЩУЩЕНИЕ – это простейший психический процесс, состоящий в отражении отдельных свойств предметов и явлений объективного мира, а также внутренних состояний организма, возникающий в результате непосредственного воздействия их на рецепторы и нервные центры коры головного мозга. Например, восприятие цвета предмета или звука какого-либо явления. Ощущения входят в качестве элемента в целостный процесс познания, включающий восприятия, представления, понятия.

Физиологический механизм ощущения – целостный рефлекторный акт, объединяющий прямые и обратные связи в работе периферических и центральных отделов анализаторов.

Виды ощущений. По характеру отражения и месту расположения рецепторов различают следующие ощущения:

– экстероцептивные – отражающие свойства предметов и явлений внешней среды через рецепторы на поверхности тела;

– интероцептивные – через рецепторы, расположенные во внутренних органах и тканях тела и отражающие состояние внутренних органов;

– проприоцептивные – через рецепторы, которые расположены в мышцах и связках и которые дают информацию о движении и положении нашего тела.

Экстероцепторы подразделяют на контактные, передающие раздражение при непосредственном соприкосновении с воздействующими на них объектами (осязательный и вкусовой рецепторы), и дистантные рецепторы, реагирующие на раздражители, находящиеся на удалении (зрение, слух, обоняние).

Виды ощущений: зрительные, слуховые, обонятельные, осязательные, вкусовые, температурные, вибрационные, болевые ощущения, а также ощущения равновесия и ускорения.

Возрастные особенности. Осязательная, проприоцептивная и вкусовая чувствительность развиты к моменту рождения. На звук ребенок начинает реагировать в первые недели после рождения. Направление звука определяет через 2–3 мес. после рождения. На 3–4-й мес. реагирует на пение и музыку. Различение звуков речи – в самом конце первого года жизни. Зрение развивается медленнее. В первые недели ощущает свет, но не может видеть пред-

меты (не приспособлен мышечный аппарат глаза). Различение цветов появляется на пятом месяце.

РАССТРОЙСТВА ОЩУЩЕНИЙ. *Сенестопатии* – необычные, странные, неприятные, тягостные, нередко крайне мучительные, иногда трудно поддающиеся описанию ощущения, локализующиеся в коже, под кожей, во внутренних органах (гортань, сердце, желудок, половые органы и др.) и не имеющие для своего возникновения объективных причин. Это могут быть давление, журчание, лопание, жар, холод, жжение, пульсация, переливание, распирание, стягивание и т. п. Сенестопатии могут быть ограниченными или распространенными, находиться в одном месте или перемещаться (при шизофрении, органическом поражении мозга). Сенестопатии у детей обычно появляются кратковременными эпизодами, начиная с 5–7-летнего возраста, чаще проецируясь в брюшной полости.

Парестезии – неприятные субъективные ощущения, возникающие в теле и конечностях («бегание мурашек», онемение, покалывание) под влиянием интоксикаций, но могут быть и психогенного характера.

Анальгезии – отсутствие болевых ощущений (у больных с кататонией или при прогрессивном параличе).

Гипальгезии – уменьшение болевых ощущений (при возникновении бурного аффекта).

Гипералгезии – усиление болевых ощущений.

Анестезия – исчезновение ощущений, потеря чувствительности либо в отдельных экстерорецепторах (утрата тактильной чувствительности на некоторых участках тела, утрата слуха), либо в нескольких одновременно (утрата зрения и слуха). Наблюдается при истерических расстройствах.

Гипестезии – снижение силы ощущений, понижение чувствительности к внешним раздражителям (при депрессии, оглушении). Звуки становятся приглушенными, свет кажется тусклым, яркость красок блекнет.

Гиперестезии – обострение ощущений, повышенная чувствительность к обычным раздражителям (в состоянии крайнего истощения). Раздражающе острое восприятие обычных запахов – гиперосмия, кажущаяся чрезмерной громкость обычных звуков–гиперакузия.

Синестезии – возникновение ощущений в органе чувств при раздражении другого анализатора. Качества ощущений одного вида переносятся на другой. Встречаются в норме («цветной слух», «цветное зрение») и в психопатологии («Когда колют живот иголкой, во рту появляется ощущение соленого»).

ВОСПРИЯТИЕ – отражение в сознании предметов или явлений при их непосредственном воздействии на органы чувств.

Нейрофизиология восприятия. Восприятие начинается с рецепторов и заканчивается в высших отделах ЦНС. Первичный корковый анализ сенсорной информации осуществляется в соответствующих проекционных зонах коры. Затем в ассоциативных зонах поступающая информация сопоставляется с хранящимися в памяти образами, происходит ее узнавание, она отражается в речи, т. е. осознается.

Виды восприятий. Восприятия классифицируются по анализаторам, участвующим в обработке информации. В связи с этим выделяют зрительные, слуховые, осязательные, обонятельные, кинестезические и вкусовые восприятия. Их также различают по формам существования материи: восприятия пространства, времени и движения.

Возрастные особенности. В первые дни и даже часы жизни ребенка обнаруживается его способность к сложным видам восприятия. На первой неделе младенцы различают доску из 25 квадратов и один квадрат. У 4-дневного ребенка выработан условный рефлекс: открывание рта, поворот головы, сосание на одновременное прикосновение и звук. После 3 месяцев в действиях ребенка участвуют несколько анализаторов. Рассматривание предмета младенцем сменяется его узнаванием в конце первого полугодия жизни (возникновение восприятия). Ребенок выделяет объекты восприятия: мать, няню, игрушки. Восприятие еще ситуативно слитно и глобально. Передвижения предмета, манипуляции с ним помогают образовать восприятие. До 3 лет дети воспринимают контуры знакомых предметов. К 1 г. 2 мес.—1 г. 8 мес. находят предмет по его названию. С конца 2-го года называют воспринимаемый знакомый предмет. Выделяют по случайным признакам. Пространственная характеристика предмета слита с содержанием предмета. Так как формирование восприятия требует опыта, то овладение речью, первые обобщения, игра, рисование, лепка, передвижение в пространстве (прогулки), чтение и трудовые процессы способствуют усложнению перцепторного процесса. Восприятие требует умения вычленять части предмета и устанавливать связи между ними. Из-за отсутствия этих навыков детские восприятия отличаются малой детализированностью, неточностью ориентирования в пространстве, во времени, трудностью установления последовательности между ними. Неправильно воспринимаются изображения предметов, а также и перспектива, в которой они находятся. Нет умения выделить основное, подойти к предмету с разных сторон. Для правильного восприятия детям требуется больше времени, чем взрослым. Наблюдения (преднамеренные восприятия) не планомерны, не систематичны. Дети испытывают затруднения в освоении структуры восприятия и его целостности. Описания изображений предметов проходят три уровня: перечисления, описания и истолкования. Дошкольники с большим трудом осваивают вре-

менные представления, не видят логики временных отношений, последовательности событий. Развитие восприятия — это переход от слитного, синкретического, фрагментарного восприятия к расчлененному, осмысленному и категориальному отражению вещей, событий и явлений в их пространственных, временных и причинных связях. Все большую роль играет слово как средство анализа и обобщения воспринимаемого содержания.

РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ. Нарушение отражения реального мира в норме и при психических расстройствах может происходить различным образом.

1. Отсутствие восприятия. *Агнозия* (неузнавание) — нарушение узнавания предметов и явлений в состоянии ясного сознания и при сохранности рецепторов и анализаторов. Обычно возникает при органических поражениях мозга (сосудистых, опухолевых), но может быть и симптомом истерии.

Агнозия акустическая (слуховая) — нарушение узнавания звуков, фонем и предметов по характерным для них звукам.

Агнозия оптическая (зрительная) — нарушение узнавания зрительных образов предметов и явлений.

Агнозия пространственная — нарушение способности ориентироваться в пространстве, в расположении предметов и определении расстояния между ними.

Агнозия тактильная — невозможность определить предметы на ощупь при правильной квалификации отдельных их качеств (массы, температуры).

2. Нарушение интенсивности восприятия. *Сенсорная гиперпатия* — повышение интенсивности восприятия, при которой усиливающаяся яркость зрительных раздражителей достигает ослепительной силы, слуховые раздражители становятся настолько звучными, что как бы врезаются и оставляют глубокий след после себя, импульсы, идущие из органов и систем тела, создают напряжение, воспринимаются как болевые, неприятные или даже необычные. Сочетается со смятением, тревогой или экстазом, бегством беспорядочных мыслей, непоседливостью, суетливостью, потребностью куда-то бежать. Причиной гиперпатии может быть крайнее голодное истощение.

Сенсорная гипопатия — снижение интенсивности восприятия. При этом мир воспринимается призрачным, нереальным, блеклым, безжизненным; краски кажутся потускневшими, звуки удаленными, неясными, приглушенными; деревья и дома представляются декорациями, геометрическими фигурами, а люди — масками, марионетками. Видимое и слышимое не оставляет следа, все происходит замедленно, будто застыло, остановилось, как в стоп-кадре.

Дереализация – отчуждение мира восприятий окружающей действительности, при котором перцепция сопровождается чувством чуждости, измененности, неестественности. Многие больные, особенно дети и подростки, с трудом могут объяснить, каким образом все изменилось. Используются такие выражения, как: «все какое-то не такое», «вижу все как через пелену», «как будто сижу в рыбьем пузыре».

«Уже виденное» (deja vu), «уже пережитое» (deja vecu) – состоят в том, что незнакомая, совершенно новая обстановка на какое-то время становится знакомой, когда-то виденной, пережитой. «Никогда не виденное» (jamais vu) – хорошо знакомая ситуация воспринимается как чуждая, незнакомая, никогда не виденная.

Деперсонализация соматопсихическая – переживание кажущегося исчезновения чувства боли, ощущения дыхания, сердцебиения, массы тела и т. д. Собственное тело воспринимается вялым, дряблым, лишенным жизненного тонуса. «Тело будто не мое», «как будто я его не ощущаю», «ног не чувствую», «как будто я живой труп». Может возникнуть чувство неудовлетворенности актами мочеиспускания и дефекации, исчезновение чувства насыщения и удовлетворенности сном.

Деперсонализация аутопсихическая – переживание кажущейся измененности собственного психического «Я». У больных создается впечатление, что нет мыслей или что они не поддаются управлению. Кажется, что голова пустая, нет никаких чувств, «полное отупение», бездушие. Отсутствует страх, гнев, переживание горя. Больные могут мучиться от неспособности отзываться на печаль близкого человека (болезненное бесчувствие), от невозможности запоминать и воспроизводить воспринятое, представлять родные лица и знакомые предметы.

П., 15 лет, после разлуки с близким человеком на фоне депрессии говорит, что «нет чувства голода, плохо различает вкусовые оттенки, нет чувства насыщения, нет чувства завершенности при уринации и дефекации, голова не работает, плохая память и сообразительность», «более всего мучительно отсутствие чувств, равнодушие, даже к близким».

О., 29 лет, через 3 мес. после родов на фоне слабости, постоянного недосыпания, безразличия жаловалась, что «нет чувств к сыну, перестала ощущать материнство, все делала как во сне».

Успешно участвуя в повседневных делах, укоряют себя за отсутствие активности, незнание того, как правильно поступить в том или ином случае. Переживая неясность восприятия, больные оценивают свое состояние так, как будто бы они находятся во сне. В то же время сновидения становятся настолько яркими и живыми, что требуют определенных усилий для их отличения от реальности. Дереализация и деперсонализация некоторыми авторами рассматриваются как расстройство самосознания. Они могут наблюдаться у здоровых лиц при психическом и физическом исто-

щении, особенно у тех, кто имеет психастенические и тревожные черты. Эти состояния при неврозах чаще встречаются в пубертатном и юношеском возрасте, могут быть также и в клинической картине психозов.

3. Искажение восприятия. *Психосенсорные расстройства.* Метаморфопсии проявляются в нарушении восприятия перспективы (предметы приближаются, удаляются, смещаются со своего места), в увеличении числа предметов, в искажении их формы (удлинении, укорочении, искривлении, перекручивании, скашивании, расширении) и изменении размеров (неестественном увеличении, уменьшении).

Оптиковестибулярные расстройства — это такие нарушения, при которых кажется, что стены валятся, качаются, наклоняются, пол проваливается, поднимается, вибрирует, под больным двигается, приподнимается кровать.

Т., 16 лет, после 2-летней алкоголизации однажды ночью увидела, как «стены шатались, потолок падал».

Расстройства «схемы тела» — искаженное восприятие собственного тела:

1) расстройства восприятия формы, величины и положения частей тела в пространстве: увеличивается или уменьшается все тело, язык, уши, голова, руки, ноги; масса тела или отдельные ее части воспринимаются необычно тяжелыми (голова, тяжелая, как слиток свинца, проваливается сквозь тело) или крайне легкой (больной боится, что, будучи легким, как лист, он может быть унесен сквозняком);

2) распад тела на части (восприятие своего тела и конечностей отдельно друг от друга);

3) ощущение ложных конечностей (третьей ноги), чувства двойника (восприятие рядом с собой в кровати своего другого «Я»);

4) невосприятие собственного дефекта — например, при удаленной конечности.

В., 10 лет, после гриппа при засыпании ощущает, что у нее укорачиваются сначала руки, затем ноги, и вся она становится маленькой.

Расстройства схемы тела и метаморфопсии у детей обычно наблюдаются после 6—7 лет при органических поражениях головного мозга.

4. Ошибки восприятия. ***Иллюзии*** — ошибочные восприятия реально существующих предметов или явлений. Их возникновению способствует все, что мешает точности восприятия. Они легко возникают у слабослышащих и слабовидящих, не способных получить полную информацию из-за дефекта зрения и слуха, при слабом освещении или множестве звуков, препятствующих работе анализаторов, и т. д. Подразделение иллюзий основано на том, в каких органах чувств они происходят (зрительные, слуховые) или

на психологическом механизме, участвующем в их происхождении (сильный аффект, недостаточное внимание и др.).

Возрастные особенности. У детей, обладающих яркостью, образностью восприятий и неразвитостью ассоциативных процессов, при их ограниченном жизненном опыте иллюзии встречаются и в норме. У них нередко достоверное отражение реального смешивается с искаженным его восприятием. Могут быть и патологические иллюзии, возникающие на фоне тревоги, страха, расстройства сознания при интоксикациях, инфекциях и других нарушениях психики.

Галлюцинации – ошибочные восприятия отсутствующих в реальности предметов и явлений, в существовании которых больной убежден (мнимовосприятие, восприятие без объекта). Галлюцинации систематизируются по органам чувств: зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные, общего чувства (висцеральные, мышечные). Вне зависимости от их отношения к тому или иному из органов чувств их делят также на истинные и псевдогаллюцинации.

Истинные галлюцинации проецируются вовне, обладают чувственной живостью, субъективно воспринимаются как нечто чуждое личности и не поддающееся контролю.

Псевдогаллюцинации лишены конкретности, чаще проецируются во внутреннее пространство больного (в голову, тело и т. д.), возникают помимо воли больного, не признаются им объективной реальностью, осознаются как нечто аномальное, отличное от образов воспоминаний и фантазий. Обычно сопровождаются ощущением их сделанности с помощью воздействий извне: «Голоса передают, заставляют вспоминать, вызывают образы, делают сновидения и т. д.».

А., 14 лет, на фоне переутомления экзаменами возникли тревога, бессонница, в голове появился мужской голос, который говорит на эротические темы, иногда ругает и угрожает, а однажды сказал: «Посмотри, нет ли под кроватью аппаратуры», в голове были также голоса «духов». Происхождение голоса объясняет тем, что знакомый инженер «посмотрел в глаза и телепатически передал в голову свой голос».

Галлюцинации не осознаются как принадлежащие личности и потому относятся к психотическим симптомам. У психически здоровых встречаются редко и при обстоятельствах, способствующих их появлению: просоночных состояниях (при пробуждении), сильном аффекте, голодании, переутомлении и т. д.

Элементарные галлюцинации – в форме отдельных звуков или беспредметных образов: стуки, звон, искры, линии, круги.

Сложные галлюцинации – разговоры, образы людей, животных. Сценические галлюцинации – тематические, сюжетно взаимосвязанные картины и эпизоды развивающихся событий.

Гипнагогические галлюцинации возникают перед засыпанием при закрытых глазах.

Слуховые галлюцинации у взрослых встречаются чаще, а в детском возрасте – реже зрительных. Они имеют большое значение для содержания сознания, развития бреда, нарушения трудоспособности и поведения. Галлюцинации императивные могут быть опасными для окружающих и для больного, они приказывают совершить те или иные поступки: убить себя, напасть на другого, убежать, не разговаривать, не есть, не подчиняться врачу или родным, прекратить активность и т. д. Галлюцинации комментирующие обсуждают поступки и высказывания больного оценивают то, что он говорит и делает. Голоса могут быть эпизодическими или постоянными, громкими или тихими, ласковыми или неприятными. Если с больным нет контакта, то слуховые галлюцинации обнаруживаются по тому, как он затыкает уши, прячет голову под подушку, прислушивается, т. е. по объективным признакам. Чаще всего слуховые галлюцинации наблюдаются на фоне непомраченного сознания при шизофрении, алкогольном галлюцинозе, последствиях органического (травматического, постэнцефалитического) поражения мозга.

Л., 15 лет, после черепно-мозговой травмы (в 10 лет) возникли судорожные припадки, а еще через 5 лет появились «голоса», которые зовут, предлагают любовь, нецензурно ругают, угрожают, смешат. Всего этого она пугается, прячется, смеется, жестикулирует. Тихо отвечает голосам. Считает, что с ней разговаривают голос Миши (одноклассника), телепата и другие мужские голоса. Одни требуют: «Брось Мишу, измени ему», телепат предлагает: «Покатаю на коне». Слуховые галлюцинации возникают перед припадками.

Зрительные галлюцинации бывают у взрослых реже, чем слуховые, тогда как у детей они встречаются чаще. Они могут быть однообразными: в виде повторно появляющейся фигуры, пятна, блика (например, при эпилепсии) – или разнообразными, красочными и очень подвижными. Галлюцинации возможны и при слепоте, если поражены первичные поля зрительного восприятия, но функционируют вторичные. Зрительные галлюцинации обычно возникают в структуре расстроенного сознания при острых токсических (белая горячка), инфекционных (гриппозных, коревых), соматогенных (при почечной недостаточности) и психогенных (истерических) психозах.

Тактильные (осязательные) галлюцинации ощущаются как болезненное прохождение тока, неприятное ползание живых существ (насекомых, червей, мелких животных, змей) или раздражающее прикосновение каких-то неживых объектов (стекло, металл, песок, жидкость) на поверхности кожи, под кожей. При этом не только взрослые, но и дети довольно точно описывают жучков, гусениц, указывая их размеры. Разновидность этих галлюцинаций – ощущение холода, тепла, жара, влажности на поверхности тела. Так-

тильные галлюцинации бывают при белой горячке, шизофрении и при кокаинизме.

Обонятельные галлюцинации ощущаются в форме реально отсутствующих запахов: неприятных, резких (запах гнили, мочи, горелого), тяжело воспринимаемых больными, или реже приятных (запах цветов, духов). Эти галлюцинации встречаются как при острых, так и при хронических психозах.

Вкусовые галлюцинации – ощущение во рту непривычного и иногда неприятного вкуса (горького, кислого, соленого) в отсутствие пищи или жидкости. Обычно сочетание вкусовых и обонятельных галлюцинаций.

Возрастные особенности. При психических расстройствах у детей, особенно дошкольников и младших школьников, преобладают зрительные галлюцинации. Это хорошо видно на примере шизофрении, при которой у взрослых наиболее часто встречаются слуховые. Наряду со зрительными наблюдаются тактильные, слуховые и значительно реже обонятельные, вкусовые. Чаще всего галлюцинации, отличающиеся динамичностью, яркостью и образностью, наблюдаются на фоне помраченного сознания при токсических и инфекционных поражениях головного мозга. Обычно это животные, насекомые или герои мультфильмов, сказочные персонажи, страшные существа, которых ребенок боится, бежит, прячется, просит помощи и защиты у близких. Могут быть также голоса, зовущие ребенка или – реже – пугающие его. При шизофрении слуховые галлюцинации обычно элементарны (в виде одиночных стуков, окликов). При энцефалитах могут наблюдаться все виды обманов чувств. Иногда они единичны, но чаще множественны. У подростков при острой шизофрении преобладают зрительные галлюцинации, хотя имеются и другие виды обманов чувств. Все они очень ярки, отчетливы, реальны для больного и нередко неприятны и страшны (фантастические животные разного размера, толпы карликов и уродов, бесчисленные насекомые). Псевдогаллюцинации наблюдаются при психических расстройствах и у детей, и у подростков. У неустойчивых, впечатлительных и внушаемых детей могут возникнуть и при отсутствии психоза, например при засыпании или серьезном утомлении. При психозах у детей во время онейроидного состояния появляются сцены из жизни римлян, оргии пиратов, сражения мушкетеров, картины из сказок, эпизоды из фантастических романов. Больной переживает события так, как будто он участник происходящего, хотя при этом и остается неподвижным. О его переживаниях можно судить по пристальному взгляду, по мимике страха, восторга или огорчения. Разграничение псевдогаллюцинаций и галлюцинаций необходимо для диагностики. Первые, как правило,– показатель длительного и нередко неблагоприятного течения, вторые встречаются при острых кратковременных психозах. Однако распознавание псевдо-

галлюцинаций и галлюцинаций у детей – трудная задача. Помогает то, что последние возникают на фоне более ярких аффектов и сопровождаются значительной активностью, отображающей их содержание. Галлюцинирующий ребенок мимикой, жестами, поступками и в целом всем своим поведением отображает содержание переживаемого.

Нейропсихологический механизм. Галлюцинации – нарушение чувственного познания – представления, при котором образы возникают без реального раздражителя в воспринимаемом пространстве и, приобретая необычную интенсивность, чувственность, становятся для самосознания больного неотличимыми от реальных предметов, образов и объектов действительности. Изменяется не только восприятие, но и отношение больного к окружающему, его эмоции и мышление. Причиной ошибок восприятия является нарушение притока сенсорной информации за счет патологии в системе анализатора (токсическое, инфекционное или органическое его поражение) с повышением реакции активации в ретикулярной формации ствола мозга. В связи с этим оживает информация, воспринятая в прошлом, трансформируясь в галлюцинаторные образы. При сенсорной депривации нарушается приток информации из-за условий, ее вызвавших (одиночество, блокирование рецепторов). Галлюцинации легче возникают в промежуточных состояниях между бодрствованием и сном. Нарушение притока информации может произойти при повреждении периферических частей анализатора (рецепторов, нервов-проводников), подкорковых структур, где происходит переключение импульсов и центральной части анализатора (например, затылочная область коры головного мозга при зрительных обманах чувств). Возникновение галлюцинаций связывают с нарушением обмена дофамина или эндорфина в головном мозгу, находя подтверждение в эффективности нейролептиков, влияющих на обмен дофамина, и препаратов – антагонистов эндорфина.

НЕГАТИВНАЯ РОЛЬ РАССТРОЙСТВ ВОСПРИЯТИЯ В КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ

Появление у детей случайных, единичных и непродолжительных расстройств восприятия, особенно таких, как нарушение их интенсивности, или иллюзий – это чаще всего показатель таких психических изменений, которые не выходят за рамки нормы и связаны с утомленностью физическими или психическими нагрузками. Однако, даже не будучи выраженными, они могут влиять как на работоспособность детей, так и на их возможность быть полноценными участниками игр и развлечений со сверстниками.

Обнаружение этих расстройств требует внимательного изучения личности тех детей, у которых они были выявлены. Некоторые черты личности (сенситивность, впечатлительность и внушаемость) способствуют возникновению описываемых расстройств даже при незначительных нагрузках на организм и психику (утомление, волнение, недоедание и т. д.). В этих случаях для смягчения или ликвидации этих проявлений может оказаться достаточно улучшения отношения к ребенку, изменения домашнего режима или уменьшения учебных нагрузок. Реже может потребоваться психотерапевтическая поддержка ребенку и семье, а также облегчение школьного режима. Возникновение стойких, продолжительных расстройств восприятия, вызывающих у детей беспокойство, тревогу, депрессию, мешающих им в учебе, в общении со сверстниками и взрослыми, требует не только исследования психолога, но и консультации врача.

? *Тест для самостоятельной работы*

1. Сенестопатии — это:
а) патологические ощущения в различных частях тела и внутренних органах;
б) потеря чувствительности, исчезновение ощущений;
в) расстройство чувства боли.

2. Гипестезия — это:
а) обостренное, усиленное чувственное восприятие;
б) появление одновременно с ощущением в одном анализаторе ощущения в другом;
в) понижение чувствительности к внешним раздражителям.

3. Гиперестезия — это:
а) обостренное, усиленное чувственное восприятие;
б) патологическое ощущение в различных частях тела и внутренних органах;
в) расстройство чувства боли.

4. Иллюзии — это:
а) ошибочное восприятие реально существующих предметов и явлений;
б) ошибочное восприятие несуществующих предметов и явлений;
в) патологические ощущения.

5. Галлюцинации — это:
а) ошибочное восприятие реально существующих предметов и явлений;
б) ошибочное восприятие несуществующих предметов и явлений;
в) обостренное, усиленное чувственное восприятие.

6. Истинные галлюцинации — это:
а) проецирующиеся вовне, обладающие чувственной живостью, воспринимающиеся как чуждые личности и не поддающиеся контролю;

б) лишенные конкретности, чаще проецирующиеся во внутреннее пространство больного, возникающие помимо воли больного, не признающиеся объективной реальностью;
в) ошибочное восприятие реально существующих предметов и явлений.

7. Псевдогаллюцинации — это:
а) проецирующиеся вовне, обладающие чувственной живостью, воспринимающиеся как чуждые личности и не поддающиеся контролю;
б) лишенные конкретности, чаще проецирующиеся во внутреннее пространство больного, возникающие помимо воли больного, не признающиеся объективной реальностью;
в) ошибочное восприятие несуществующих предметов и явлений.

8. Сценические галлюцинации — это:
а) галлюцинации, возникающие при засыпании;
б) тематические, сюжетно взаимосвязанные картины и эпизоды развивающихся событий;
в) галлюцинации, возникающие при пробуждении.

9. Гипнагогические галлюцинации — это:
а) галлюцинации, возникающие при пробуждении;
б) галлюцинации, возникающие при засыпании;
в) ошибочное восприятие несуществующих предметов и явлений.

10. Нейропсихологический механизм галлюцинаций — это:
а) нарушение мышления;
б) нарушение сознания;
в) нарушение притока сенсорной информации за счет патологии в системе анализатора.

♦ Темы самостоятельных работ

1. Ощущения и восприятие и механизмы их возникновения. 2. Нарушения ощущений и их виды. 3. Причины расстройств восприятия. 4. Виды расстройств восприятия. 5. Различия между иллюзиями и галлюцинациями. 6. Псевдогаллюцинации и галлюцинации — сходство и различия. 7. Особенности расстройств восприятия у детей.

Список рекомендуемой литературы см. на с. 184.

Глава 8
НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ

МЫШЛЕНИЕ – процесс отражения общих свойств в вещах и явлениях, а также закономерных связей между ними.

Мышление – опосредствование, установление отношений и зависимостей, раскрытие внутренних связей и закономерностей. Оно создает возможность опосредованного познания путем умозаключений и суждений.

Мышление – творческая функция, создающая новые ценности, образующая новые понятия. Этот процесс совершается конкретными образами (представлениями) и на более высоком уровне абстрактно (понятиями).

Представления – это сохранившиеся в памяти ранее полученное восприятие, оно конкретно, так как отображает действительность. Примерно с полутора лет появляются свободные представления. К концу второго года зрительные представления играют в жизни ребенка большую роль. К тому же времени развиваются и слуховые представления, без которых невозможно развитие речи. В дошкольные годы дети мыслят наглядно, образами предметов и явлений. У детей более яркие, чем у взрослых, представления. Их мышление, оперирующее представлениями, – конкретное, образное или наглядное. В процессе деятельности формируются живые конкретные и точные представления. Развитие представлений идет по пути увеличения в них элемента обобщения, схематизации и создания типических образов. Понятия – обобщенные представления, они являются следствием абстракции, поэтому и мышление в понятиях называют абстрактным. Представления и понятия выражаются в словах, вследствие этого мышление тесно связано с речью.

Нейропсихологический механизм. В процессе мышления объект включается во все новые связи и в силу этого выступает во все новых своих свойствах и качествах, которые фиксируются в новых понятиях; из объекта таким образом как бы вычерпывается все новое содержание; он как бы поворачивается каждый раз другой своей стороной, в нем выявляются все новые свойства. Основной механизм мышления называется «анализ через синтез», поскольку выделение (анализ) новых свойств в объекте совершается через соотнесение (синтез) исследуемого объекта с другими предметами, т. е. через включение его в новые связи с другими предметами. Мышление – свойство мозга, определяемое особенностя-

ми высшей нервной деятельности, нейрофизиологическими процессами. Мышление — процесс переработки информации мозгом человека, при тесном взаимодействии различных уровней сознания и подсознания. Мысль — корковая модель, к которой в данный момент привлечено внимание, обладающая наибольшим потенциалом. Происходит активация по крайней мере двух моделей. Сопоставление этих моделей и есть реальное содержание мысли.

Возрастные особенности. Первое обобщение ребенка связано с его практической деятельностью, которая выражается в одних и тех же действиях, выполняемых со сходными предметами (11—20 мес.). Овладение речью играет важнейшую роль в развитии обобщения. Первоначальное значение слов связывается с неоднородными предметами. Первичное обобщение, индукция, дедукция появляются у детей 3—4 лет. Ребенок мыслит действуя. Он не предвосхищает предстоящих действий. Детское мышление наглядно, в нем отражаются только воспринимаемые внешние признаки вещей. Мышление ребенка исходит из его личного опыта. В содержание понятий входят только несущественные признаки предметов — «часы, которые звонят». В процессе школьного обучения расширяется круг понятий, содержание понятий обогащается, происходит переход от конкретных к абстрактным понятиям. Школьник овладевает умственными операциями, развивается обоснованность, критичность, обстоятельность мышления.

РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ выражаются в нарушении процесса мышления и в патологической продукции мышления.

НАРУШЕНИЯ ПРОЦЕССА МЫШЛЕНИЯ. *Ускоренное мышление* характеризуется быстрым, облегченным возникновением и сменой мыслей, «ускорением течения представлений» быстрой сменой целенаправленности мыслительного процесса из-за ослабленного внимания, поверхностными суждениями, сниженной умственной продуктивностью, речевым хаотичным возбуждением. Внешняя связь идей серьезно не нарушается, однако при особенно сильном ускорении мышления («скачке идей») их последовательность может расстроиться, они становятся поверхностными, незаконченными, в результате чего возникает маниакальная спутанность. Этот тип расстройства мышления наблюдается при маниакальных фазах аффективного психоза.

Заторможенное мышление — замедление темпа течения мыслей, бедность представлений, понятий и суждений, малая подвижность целенаправленности мышления, расстройство осмысливания, медленный подбор ассоциаций соответственно поставленной задаче, длительное застревание на одной и той же идее. Наблюдается при депрессии.

Прерывистость, задержка мыслей (шперрунг) выражается во внезапных провалах, остановках хода мыслей. «Пропадание мыс-

лей» может длиться от нескольких секунд до нескольких дней. Характерно для шизофрении.

Сгущение (агглютинация) – сгущение представлений и понятий выражается в слиянии не связанных между собой понятий или слов в одно понятие или слово. Больной шизофренией, имея в виду, что после шока все идет на лад, говорит – «шоколадно».

Символика мышления – замещение, подмена одних понятий другими, сосуществование прямого и переносного смысла понятий. Например: «Горе – стрелка, направленная назад», «А – буква в познании материального мира». Символика проявляется также в неологизмах – словотворчестве, где сливаются понятия и слова или же символически замещаются понятия: «донно», «андофит», «клаукс».

Наплыв мыслей (ментизм) – непроизвольное, насильственное возникновение в сознании быстро следующих друг за другом представлений, нецеленаправленный поток мыслей, воспоминаний, чаще бессвязных и плохо запоминающихся. Это могут быть кратковременные эпизоды или наплывы, продолжающиеся неопределенно долго. Больные, обычно страдающие шизофренией, воспринимают это как внешнее воздействие на психику.

Обстоятельность мышления – медленное, с затрудненным переходом от одной мысли к другой, чрезмерно детализированное, вязкое мышление с топтанием на месте, приведением массы несущественных подробностей, неумением кратко формулировать свои идеи, неспособностью переключиться на что-то новое. Встречается при эпилепсии, может быть и у больных с тяжелой умственной отсталостью.

Персеверация мышления – застой, монотонность мышления, постоянное возвращение одних и тех же мыслей, застревание на каком-нибудь представлении, повторение одних и тех же слов, одних и тех же ответов на различные вопросы. Бывает при эпилепсии, органических психозах.

Бессвязное, или спутанное, мышление проявляется в том, что разрушается грамматическая форма фраз, промежуточные звенья между отрывками мыслей выпадают, и речевая продукция становится бессвязной. Типичная форма бессвязного мышления возникает на фоне аментивного помрачения сознания, когда нарушается элементарный анализ и синтез, в связи с чем полностью утрачивается способность осмысливать окружающее, появляются растерянность, повторяющиеся недоуменные вопросы. Иногда при астенической спутанности больные способны улавливать часть ситуации, временами лучше ориентируются в окружающем, отвечают на вопросы; в этих случаях мышление становится более упорядоченным. Встречается при токсико-инфекционных, соматогенных психозах и при сумеречном состоянии у больных эпилепсией.

Стереотипии — повторение одних и тех же, часто бессмысленных слов и выражений, обусловленное расторможением словесных автоматизмов. Наблюдается при шизофрении.

Резонерство характеризуется склонностью к пустым, бесплодным, основанным на поверхностных, формальных аналогиях рассуждениям. Это неадекватное реальной ситуации мудрствование, многословность и банальность суждений. Резонерство не конкретно, так как оно не связано с прошлым опытом и не основано на реальных представлениях. Вместо цели мышления, которая должна привести к познанию действительности, на переднем плане «рассуждательство». Встречается при шизофрении, эпилепсии, умственной отсталости.

Аутистическое мышление отличается оторванностью от реальной действительности, суждения формируются лишь в согласии с аффективными потребностями личности, оно замкнуто в тесном кругу идей, которые возникают и развиваются без проверки практикой жизни, т. е. без фактического основания и при отсутствии логики. Могут одновременно возникать противоречивые взаимоис-ключающие (амбивалентные) мысли. Аутистическое мышление нередко основано на символах, аллегориях и смутных образах. Нарушается активность мышления. Характерно для шизофрении.

Паралогическое мышление характеризуется грубыми нарушениями логики, которые приводят больного к необоснованным, даже нелепым выводам, не имеющим достаточных доказательств. Бурные аффективные вспышки иногда могут вызывать это расстройство. Оно постоянно наблюдается при паранойе, парафрении, шизофрении, а также реже при психопатиях.

Разорванность мышления выражается в нарушении связей между представлениями и понятиями. Отсутствует целенаправленность мышления. Порядок мыслительного процесса искажается, но иногда сохраняется грамматическая форма фраз, что делает лишенную смысла речь внешне упорядоченной. В тех случаях, когда утрачиваются и грамматические связи, мышление и речь превращаются в бессмысленный набор слов — «словесную окрошку». Разорванность встречается при далеко зашедших случаях шизофрении.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОДУКЦИЯ МЫШЛЕНИЯ. ***Навязчивое мышление*** — состояние, отличающееся тем, что в сознание больного помимо его желания вторгаются мысли, сомнения, воспоминания, страхи. Больной понимает ненужность, неуместность и нелепость этих явлений, но не может с ними бороться. Они мешают его целенаправленному мышлению. Навязчивые идеи — сущность обсессивного синдрома (синдрома навязчивости), в его состав входят:

1) *навязчивые мысли*, проявляющиеся в болезненном мудрствовании, в непреодолимом стремлении разрешать бесплодные и ненужные задачи («почему луна не падает на землю?») или в не

покидающих больного и доминирующих в сознании воспоминаниях о неприятном событии;

2) *навязчивые страхи (фобии)*, составляющие часть этого синдрома или бывающие самостоятельными (боязнь замкнутого пространства, открытых площадей, острых предметов, боязнь рака, инфаркта);

3) *навязчивые действия*, большей частью связанные с навязчивыми мыслями или страхами (например, бесконечное мытье рук, для того чтобы избавиться от мучительной тревоги, связанной со страхом заражения) или независимые от этого синдрома (счет шагов, оконных переплетов, сложение любых попадающих на глаза цифр).

Наблюдаются при неврозе навязчивых состояний, шизофрении, органических и других психозах.

Сверхценные идеи – ошибочные или односторонние суждения, вследствие своей чрезмерной аффективной насыщенности получающие перевес над всеми остальными идеями и доминирующие в сознании. Другие мысли или концентрируются вокруг сверхценной идеи, подчиняясь ей, или же подавляются. Преданность сверхценной идее заставляет человека пренебречь всем остальным, своими личными интересами и интересами близких.

Типы некоторых сверхценных идей:

1) ипохондрические – мысли о мнимой болезни;

2) кверулянтские – мысли о необходимости бороться за свои попранные права, приводящие к непреодолимой сутяжнической деятельности;

3) фанатичные – непреодолимые мысли о мести после нанесенного оскорбления;

4) изобретательства – мысль о создании или открытии нового необычного инструмента, аппарата или технологического процесса;

5) талантливости – мысль о выдающихся достижениях и успехах в области поэзии, музыки,

6) ревности – неотступные мысли об изменах жены, мужа, любовника.

Сверхценные идеи – выражение дисгармоничной психики, связаны с паралогическим мышлением, резонерством, наиболее часто возникают у паранойяльных, эпилептоидных, психастенических, психопатических личностей.

Бредовые идеи – болезненного происхождения, извращенные, ошибочные, не соответствующие реальности представления и суждения, искаженно отображающие действительность, в достоверности которых больной убежден и не поддается коррекции извне. Клинические, систематизированные по содержанию, различаются следующие виды бреда:

1. *С положительным эмоциональным тоном:*

а) бред величия — мысли о знатном или инопланетном происхождении, о способностях преобразовать мир или исправить погрязших в грехах людей, о гениальности, талантливости или грандиозной физической силе и т. д.;

б) эротический бред — мысли больного о сексуальных домогательствах высокопоставленной особы, влюбленности в него десятков поклонников, множестве жен, любовниц, неотразимой привлекательности, необычной половой силе;

в) бред богатства — мысли о несметном богатстве, владении множеством домов, бесчисленными драгоценностями и т. д.

г) бред изобретения — больной изобрел вечный двигатель, который осчастливит человечество, космоплан для достижения дальних галактик, создал лекарство от всех болезней.

Встречаются при экспансивной форме прогрессивного паралича, маниакальной фазе аффективного психоза, параноидной шизофрении.

2. *С отрицательной эмоциональной окраской:*

а) бред самообвинения, самоуничижения — больной считает себя плохим человеком, приносящим вред государству, семье, виновен в тяжких преступлениях, его следует уничтожить;

б) бред обнищания и материального ущерба — больной убежден, что он лишился имущества, квартиры, дома, пенсии, умерли родные, нет кровати, постельного белья, одежды, предстоит умереть голодной смертью;

в) бред ипохондрический — убежденность больного в том, что болен неизлечимой болезнью, сегодня же должен умереть, сгнили внутренности, нет кишечника и пищевода, мозг высох и т. д.

Наблюдаются при депрессиях аффективного психоза, предстарческих и старческих психозах, соматогенном психозе, депрессивной форме прогрессивного паралича, шизофрении.

3. *Окрашенные чувством страха, подозрительности, недоверия:*

а) бред преследования — больному кажется, что к нему плохо относятся, его хотят убить, преследует определенная группа людей, существует какая-то банда, которая хочет его погубить, на улице за ним ходят, угрожают;

б) бред отношения или особого значения — малозначительные факты из жизни больного приобретают в глазах больного определенное значение (догорающий окурок, брошенный в пепельницу,— намек на скорую кончину больного), в сюжетах телепередач больной видит намеки на свою жизнь, в разговорах прохожих «слышит» обсуждение его поступков и переживаний;

в) бред воздействия или влияния — мысли о гипнозе, сковывающее действие которого больной испытывает на себе, о лазере, пронизывающем и прожигающем весь организм, о взгляде близко-

го человека, переделывающего мальчика в девочку, о сексуальном насилии с помощью прикосновения руки.

Часто встречаются при параноидной шизофрении, старческих и предстарческих психозах, соматогенных и травматических психозах.

Формирование бредовых идей. Первичный бред развивается вследствие нарушений логики и возникновения патологической интерпретации. У больного не нарушается чувственное познание мира, он опирается на реальные факты, трактуя их очень избирательно, игнорируя все, что не соответствует его идеям. Первичным бредом может быть бред эротический, изобретательства и т. д. Других расстройств психики обычно нет. Первичный, называемый также интерпретативным и систематизированным, — система построений, расширяющихся, усложняющихся и детализирующихся.

Чувственный (образный) бред возникает преимущественно из-за нарушений чувственного познания. В его структуре преобладают яркие образные представления: воображение, фантазии, вымыслы, грезы. Он с самого начала сочетается с галлюцинациями, страхом, возбуждением и т. д.

Основные бредовые синдромы. *Паранойяльный синдром* — постепенно развивающийся, систематизированный, эмоционально насыщенный, правдоподобный и лишенный расстройств восприятия бред.

Галлюцинаторно-параноидный синдром состоит из бредовых идей и галлюцинаций.

Синдром психического автоматизма Кандинского—Клерамбо (разновидность предыдущего) — сочетание псевдогаллюцинаций, бредовых идей психического, физического, гипнотического воздействия и чувства отчужденности, «сделанности» собственных движений, поступков, эмоций и мыслей («Я как автомат, управляемый со стороны»).

Парафренный синдром — сочетание систематизированного бреда преследования и величия (с фантастическим сюжетом) с психическим автоматизмом и псевдогаллюцинациями. Нередко наличествует повышенное настроение.

Синдром дисморфомании проявляется триадой: 1) паранойяльными идеями физического недостатка («нет талии», «нос слишком большой»), 2) бредом отношения («все смотрят»); 3) пониженным настроением.

Возрастные особенности. У детей в связи с неразвитостью ЦНС (ассоциативных полей) бред возникает редко. Более часто возникает *патологическое фантазирование (бредоподобные фантазии),* в них ребенок стремится осуществить не реализованное в действительности. Эти фантазии отличаются нелепостью, несвязанностью с конкретной реальной обстановкой, неподверженно-

стью влиянию детского опыта (прочитанным книгам, услышанным сказкам, просмотренным телепередачам и т. д.), трудностью переключения к обыденной домашней ситуации. В них могут быть стремления к могуществу, желания, невыполнимые в жизни, враждебность к окружающим, нелюбовь к людям и страх перед ними. Окружающее может приобретать «особое» значение. В начале заболевания эти фантазии появляются только перед сном, а затем распространяются и на весь день. Ребенок живет в мире своих однообразных, лишенных творчества фантазий, со временем исчезает критическое к ним отношение, нарушения мышления становятся более серьезными, к ним могут присоединиться псевдогаллюцинации и явления синдрома психического автоматизма. Все же отождествлять эти расстройства с бредом неправильно, так как у больного нет убежденности в реальности его вымыслов, иногда ребенок даже соглашается с тем, что это «его выдумка». Однако у больных с бредоподобным фантазированием позже, в подростковом возрасте, может развиться настоящий бред.

Бред у детей динамичен, фрагментарен и нестоек, чаще всего он возникает на фоне делирия, сопровождается иллюзиями и галлюцинациями (нападающими животными, неприятными насекомыми). С наступающим прояснением сознания он легко разрушается. Возникновение бреда на фоне непомраченного сознания – явление у детей редкое. Он в этих случаях проявляется в рудиментарной форме (интенсивного страха) и сочетается с уверенностью в приближающейся опасности для себя или родителей. Эти состояния обычно возникают приступообразно, страх может быть нестойким, ребенка удается успокоить, но по окончании приступа все же остаются тревога, мнительность, сосредоточенность на собственном здоровье и опасения смерти. Страх и ипохондрические мысли могут трансформироваться в бредовую настроенность, а затем и в идеи преследования.

Навязчивые состояния у детей раньше всего проявляются в двигательной сфере (тики, онихофагия, трихотилломания). В раннем детском возрасте нередки страхи темноты, одиночества, в более старших возрастах – страх заражения, пожара, животных, потери родителей. Навязчивые мысли обычно появляются лишь у подростков. Навязчивые состояния и страхи при шизофрении у детей могут эволюционировать в генерализованную бредовую настроенность. Одним из начальных бредовых проявлений у детей может также оказаться нарушение чувства симпатии, нарастающей враждебности, агрессивности к родителям. Одновременно с этим нарастает озлобленность, жестокость. Понять, что в основе этих психических расстройств лежит психотический процесс, удается в препубертатном или пубертатном возрасте. Именно у этих больных в дальнейшем развивается *бред чужих родителей*, во время

которого родителей воспринимают как чужих людей, а своими считают инопланетян, высокопоставленных людей или пропавших без вести.

У подростков клиническая картина усложняется, бредовые идеи встречаются чаще. Бред может возникать остро, минуя длительную картину развития, свойственную детям. Содержание бредовых переживаний богаче, разнообразнее, чем у детей. У одного и того же больного наблюдаются разные виды бреда (идеи отношения, преследования, воздействия). Могут возникать и такие формы *паранойяльного* систематизированного бреда, которые сохраняются без существенных изменений в течение всего заболевания (дисморфоманические идеи). Наряду с чувственным бредом на фоне помраченного сознания наблюдаются *параноидный* с галлюцинациями, *депрессивный* с идеями самообвинения и *маниакальный*, сочетающийся с идеями величия. При хроническом энцефалите чувственный бред, возникший на фоне помраченного сознания, сохраняется и позже, когда последнее проясняется. Формирование бреда при неизменном сознании зависит от патологических проприо- и интероцептивных ощущений. Возникает *ипохондрический* или даже *нигилистический бред*, при котором отказываются от приема пищи из-за отсутствия внутренних органов, частей тела («нет кишечника»), из-за того, что считают себя мертвыми. Иногда у детей и подростков наблюдается бред перевоплощения в другого человека или животного. При затяжном заболевании обычно развитие бреда воздействия и психического автоматизма. Таким образом, образование бреда при разных заболеваниях происходит различно: в одних случаях этому способствует расстройство сознания, в других – расстройства восприятия (галлюцинации), в третьих – патологические ощущения и нарушения телесного «Я». Бредовая убежденность у детей младшего возраста не проявляется в словах, а выражается средствами образного мышления. Аналогичная картина наблюдается и у тяжело умственно отсталых. Источник формирования бреда у детей и подростков – нарушение чувственной сферы познания (рудимент бреда – страх за свое здоровье сопровождается патологическими ощущениями).

У взрослых в среднем возрасте чаще встречается бред преследования, бред ревности, любовный бред. Для предстарческого возраста более характерны бред самообвинения, обвинения, гибели мира.

НЕГАТИВНАЯ РОЛЬ НАРУШЕНИЙ МЫШЛЕНИЯ В КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ

Нарушения процесса мышления, не достигающие болезненного уровня, встречаются у детей постоянно. Обиды, наносимые сверстниками, пренебрежение родных, непонимание воспитателей — все это, снижая настроение, затормаживает мыслительный процесс. С трудом возникают представления, замедляется ход ассоциаций, снижается продуктивность обучения. Описанные отклонения требуют серьезного внимания, с тем чтобы предупредить у ребенка возможные ухудшения, достигающие болезненных изменений. Наиболее правильный подход — устранение причин, затрудняющих мыслительную работу. В других случаях приходится ограничиваться созданием более благоприятных условий для выполнения интеллектуальных нагрузок. Сюда же относится и удовлетворение потребности ребенка в таком эмоциональном климате, в котором он почувствовал бы себя более комфортно и тем самым улучшились бы условия для мыслительного процесса. Если появляются сомнения в том, что нарушения мышления не выходят за рамки нормы, то консультация с психологом и психоневрологом становится необходимой. Обнаружить или правильно оценить появившуюся патологическую продукцию не всегда удается, так как некоторые ее проявления воспринимаются как особенности нормы. В частности, навязчивые страхи, сверхценные идеи и даже некоторые бредовые высказывания (например, о своем заболевании) взрослыми иногда воспринимаются как проявления нормальной детской психики. Во всех случаях, когда обнаруживаемая та или иная мыслительная продукция препятствует учебному труду, приспособлению к коллективу сверстников, требуется консультация психолога и психоневролога. Выявление у ребенка или подростка нескольких нарушений мышления или других симптомов во избежание вреда, который может быть нанесен больным себе или окружающим, обязывает воспитателей немедленно обратиться к врачу. С некоторыми нетяжелыми симптомами нарушенного мышления (замедление, обстоятельность, резонерство, некоторые навязчивости) дети могут после консультации врачей и назначенного лечения продолжать обучение при условии внимательного за ними наблюдения.

Тест для самостоятельной работы

1. *Ускоренное мышление — это:*
   а) *ускорение течения представлений, быстрая смена направленности мыслей из-за ослабленного внимания;*
   б) *разрушение грамматической формы фраз, при котором промежуточные звенья между отрывками мыслей выпадают и речевая продукция становится бессвязной;*
   в) *нарушение связей между понятиями при сохранении грамматического строя.*

2. *Бессвязное мышление — это:*
   а) *разрушение грамматической формы фраз, при котором промежуточные звенья между отрывками мыслей выпадают и речевая продукция становится бессвязной;*
   б) *нарушение связей между понятиями при сохранении грамматического строя;*
   в) *замедление темпа течения мыслей, бедность понятий и суждений, малая подвижность целенаправленности мышления.*

3. *Заторможенное мышление — это:*
   а) *нарушение связей между понятиями при сохранении грамматического строя;*
   б) *замедление темпа течения мыслей, бедность понятий и суждений, малая подвижность целенаправленности мышления;*
   в) *склонность к пустым, бесплодным, основанным на поверхностных, формальных аналогиях рассуждениям.*

4. *Резонерство — это:*
   а) *склонность к пустым, бесплодным, основанным на поверхностных, формальных аналогиях рассуждениям;*
   б) *замедление темпа течения мыслей, бедность понятий и суждений, малая подвижность целенаправленности мышления;*
   в) *оторванность от реальности, формирование суждений в согласии с аффектами личности, замкнутость в тесном кругу идей.*

5. *Аутистическое мышление — это:*
   а) *склонность к пустым, бесплодным, основанным на поверхностных, формальных аналогиях рассуждениям;*
   б) *оторванность от реальности, формирование суждений в согласии с аффектами личности, замкнутость в тесном кругу идей;*
   в) *грубое нарушение логики, приводящее к необоснованным, нелепым выводам, не имеющим достаточных доказательств.*

6. *Навязчивое мышление — это:*
   а) *вторжение мыслей, сомнений, воспоминаний в сознание больного помимо его желания при критическом отношении и борьбе с ними;*
   б) *грубое нарушение логики, приводящее к необоснованным, нелепым выводам, не имеющим достаточных доказательств;*
   в) *ошибочные суждения, вследствие чрезмерной аффективной насыщенности получающие перевес над всеми остальными идеями и доминирующие в сознании.*

7. *Сверхценные идеи — это:*
   а) *вторжение мыслей, сомнений, воспоминаний в сознание больного помимо его желания при критическом отношении и борьбе с ними;*

б) ошибочные суждения, вследствие чрезмерной аффективной насыщенности получающие перевес над всеми остальными идеями и доминирующие в сознании;

в) болезненные, не соответствующие реальности суждения, в достоверности которых больной убежден и не поддается коррекции.

8. Бредовые идеи — это:

а) ошибочные суждения, вследствие чрезмерной аффективной насыщенности получающие перевес над всеми остальными идеями и доминирующие в сознании;

б) болезненные, не соответствующие реальности суждения, в достоверности которых больной убежден и не поддается коррекции;

в) насильственное возникновение в сознании следующих друг за другом представлений, нецеленаправленный поток мыслей.

♦ Темы для самостоятельной работы

*1. Причины нарушений мышления. **2.** Виды нарушений процесса мышления. **3.** Виды патологической продукции мышления. **4.** Различия между навязчивостями и сверхценными идеями. **5.** Клинические формы бреда и их значение для диагноза. **6.** Бред и сверхценные идеи. **7.** Особенности расстройств мышления у детей. **8.** Диагностическое значение расстройств мышления.*

Список рекомендуемой литературы см. на с. 184.

Глава 9
НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ И ИНТЕЛЛЕКТА

ПАМЯТЬ — запечатление, хранение и последующее воспроизведение прошлого опыта.

Без этого качества памяти невозможно никакое научение. С другой стороны, для того чтобы воспрепятствовать сохранению несущественной информации, которая могла бы заблокировать работу мозга, необходим механизм забывания. Таким образом, память — и способность к запоминанию, и способность к забыванию. Память активна, связана с потребностями человека, его интересами, эмоциями и интеллектом.

1. *Запечатление (кодирование)* — выделение информации, которая будет храниться. Начинается с распознавания физических параметров информации, затем происходит перегруппировка материала и, наконец, основное кодирование при анализе и идентификации различных характеристик. Запоминание непроизвольное — происходит без всякой цели и усилий. Запоминание произвольное — совершается с постановкой цели, волевыми усилиями, напряжением внимания, попыткой понять воспринимаемое и связать с прошлым опытом.

2. *Хранение (архивизация)* — накопление информации и ее связывание с той, которая уже есть в памяти.

3. *Воспроизведение (извлечение)* — извлечение информации тесно связано с тем, как организован материал в памяти. Воспоминание легче происходит в контексте среди других, предъявляемых вместе с ним элементов. Воспроизведение непроизвольное — появление навязчивых образов. Воспроизведение произвольное — результат сознательно поставленной цели.

Припоминание связано с мышлением и является волевым процессом.

Забывание — а) невозможность припомнить или узнать, б) неверное припоминание или узнавание. Забыванию способствуют возраст (ранний или пожилой), неиспользование усвоенной информации, интерференция (вмешательство сильных эмоций, сходной деятельности, тяжелой работы), подавление бессознательными мотивациями (забывание неприятных, нежелательных событий), органические повреждения мозга (воспалительные, травматические).

Реминисценция — воспроизведение того, что, казалось, было уже забыто.

Виды памяти: двигательная, эмоциональная, образная, словесно-логическая.

Индивидуальные различия памяти. Различия в продуктивности заучивания зависят от скорости, прочности и точности запоминания, а также от готовности воспроизведения.

Типы памяти делятся в соответствии с каналом получения информации на зрительный, слуховой и речедвигательный.

Нейропсихологический механизм. Физиологический механизм врожденной (филогенетической) памяти составляют безусловные рефлексы разной степени сложности. Физиологический механизм приобретенной (индивидуальной) памяти состоит в формировании, фиксации, хранении и воспроизведении временных связей.

Сенсорная (непосредственная) память осуществляется на уровне рецепторов и сохраняет следы воспринятого на то время (1/4 с), пока решается вопрос о привлечении ретикулярной формацией внимания высших отделов мозга. Если этого не происходит, то менее чем за секунду следы стираются.

Кратковременная память обеспечивает сохранение информации в течение короткого времени (20 с), пока мозг ее обрабатывает и интерпретирует, чтобы решить степень ее важности и необходимости длительного хранения. Емкость — от 5 до 9 элементов (цифр, букв, названий предметов). Период консолидации, т. е. время переноса информации в долговременную память, от 15 минут до часа.

Долговременная память сохраняет информацию длительное время, соизмеримое с продолжительностью жизни индивида. Емкость теоретически безгранична, она зависит от важности для субъекта информации, ее кодирования, систематизации и воспроизведения. Существуют специфические нейронные схемы (височная область коры головного мозга) для записи событий прошлого.

НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ. *Расстройства способности запоминания* (запечатления) возникают из-за невозможности закодировать полученную информацию.

Амнезия — выпадение из памяти событий определенного отрезка времени. Возникает вследствие невозможности запечатлевать, кодировать (анализировать и идентифицировать) информацию, перевести следы события в долговременную память.

Амнезия антероградная — выпадение из памяти, относящееся к событиям, имевшим место после выхода субъекта из болезненного состояния. При этом нарушении информация не попадает в долговременную память из кратковременной. Отмечена в случаях травматического поражения мозга, старческих психозах.

О., 34 года, принял в связи с невозможностью заснуть несколько таблеток димедрола. На фоне дезориентировки возникла тревога,

двигательное беспокойство, больному казалось, что раздвигаются стены, что он летит в космос, к нему приближаются планеты, видел, как одна из них раскалывается, затем перед ним оказались бандиты, милиционеры, слышал выстрелы. При этом кричал: «Пять планет... Ой, раскалывается... Никого нет... Я один... Вода... Огонь... Держите убийц!» Выйдя из онейроидно-делириозного состояния, не мог вспомнить события пяти дней, в том числе двух дней после прояснения сознания. Этот пример иллюстрирует механизм возникновения антероградной амнезии.

Амнезия ретроградная – утрата воспоминаний на события, предшествующие началу болезни, травме головного мозга. Страдает та информация, которая уже закреплена в долговременной памяти. Она может распространяться на отрезки времени, равные нескольким минутам, часам, дням и даже многим месяцам. Восстановление памяти обычно происходит при благоприятном течении, начиная с наиболее давних событий. Наблюдается при ушибах и сотрясениях головного мозга, алкогольном и других поражениях мозга, болезни Альцгеймера.

Амнезия антероретроградная – охватывает относительно длительный период – до и после возникновения заболевания (травмирующего мозг события). Наряду с упомянутыми, причиной может быть асфиксия головного мозга, возникшая например, при попытке самоубийства посредством повешения.

Расстройство хранения поступающей в мозг информации обычно происходит при грубых органических деструктивных процессах, когда разрушаются структуры – носители следов, поступивших сообщений.

Расстройство воспроизведения запечатленной информации встречается довольно часто. Внешне оно может не отличаться от расстройства хранения. Положительная динамика наблюдается только при расстройстве воспроизведения; при расстройстве же хранения нарушения памяти необратимы. Даже в норме легко возникают нарушения воспроизведения при утомлении, психическом истощении. Однако они легко восстанавливаются при возвращении сил, отдыхе. Более тяжелые, патологические расстройства воспроизведения наблюдаются при астениях, возникающих вследствие мозговых (менингит), общих инфекционных болезней (тиф), травматических поражений мозга. Расстройство воспроизведения, проявляющееся вытеснением из памяти событий определенного периода времени или определенных переживаний, возникает при сильных эмоциональных (шоковых) потрясениях. Это расстройство похоже на амнезию, однако отличается от нее тем, что способность запоминания, нарушенная при ней, сохраняется, а вытесненное постепенно восстанавливается.

Гипомнезия – ослабление памяти, проявляющееся в нарушении хранения и воспроизведения полученного опыта. Более заметно ухудшение механической, чем словесно-логической памяти. Быст-

рее забываются недавняя и недостаточно закрепленная информация. Обычно гипомнезия связана с органическими поражениями мозга, психическим недоразвитием.

Гипермнезия – усиление памяти, при котором необычно легко возникает бесчисленное количество воспоминаний. Чаще всего воспроизведение логической последовательности фактов нарушено, улучшается главным образом логическая память. Бывает при гипоманиакальных и маниакальных состояниях различного происхождения. Парциальная гипермнезия может быть, например, при умственной отсталости, когда повышается способность к запоминанию и воспроизведению цифр.

Качественные расстройства памяти (обманы памяти), или парамнезии. При них преимущественно наблюдается нарушение репродукции, но может быть и нарушение запоминания. Обманы памяти встречаются и у нормального человека, когда эмоциональные влияния и личностные интересы нарушают воспроизведение, и вследствие этого репродукция полученной информации не всегда совпадает с прошлым опытом, т. е. искажается.

Криптомнезия – нарушение памяти, при котором как бы стирается грань между имевшими место в действительности, реальными событиями и событиями, о которых индивид слышал от окружающих, читал или видел во сне, расстраивается способность идентифицировать источник воспоминаний, что приводит к ослаблению различий между действительно происходившими событиями и событиями, увиденными во сне, или о которых стало известно из книг, рассказов других людей. Например, человек рассказывает услышанный им анекдот, искренне веря, что он его придумал сам.

Псевдореминесценции (ложные воспоминания) – смещение во времени событий, действительно имевших место в прошлом опыте индивида. Может быть при старческом слабоумии.

Конфабуляции (вымыслы) тесно связаны с расстройством восприятия времени и нарушением распределения прошлых событий во времени. Их называют замещением провалов памяти вымыслами, причем больной полностью уверен в том, что сообщенные им факты и события действительно имели место. Наблюдаются при корсаковском психозе и могут возникать при парафренном синдроме шизофрении.

Фантазмы – придумываются больными, у которых нет грубых нарушений памяти, для того чтобы показать себя с лучшей стороны. Встречаются при истерии и некоторых видах слабоумия.

Амнестическая афазия – забывание больным названий предметов. Может быть при старческой деменции, злокачественно протекающей эпилепсии.

Синдром Корсакова состоит из нарушений памяти: 1) фиксационной амнезии, неспособности сохранить зарегистрированные события более чем на несколько секунд или минут; 2) нарушения

ориентировки во времени; 3) относительной сохранности памяти на прошлое; 4) псевдореминиинисценций; 5) конфабуляций и иногда 6) криптомнезий. Наблюдается при алкогольном, других интоксикационных и органических психозах. Симптомы этого синдрома в подавляющем большинстве случаев необратимы.

Психоорганический (энцефалопатический) синдром объединяет: 1) эмоциональную лабильность, недержание аффектов; 2) расстройства памяти; 3) снижение интеллекта. Больные беспомощны, с трудом ориентируются в обстановке и особенно во времени, плохо приспосабливаются к новым условиям жизни. У них снижены волевые процессы, работоспособность. Эмоциональная лабильность проявляется в легкости перехода от слез к благодушию и снова к слезам. Возможно психопатоподобное поведение. Причиной этого синдрома могут стать многие заболевания: менингоэнцефалиты, сосудистая патология, опухоли и травмы головного мозга, тяжелые соматические заболевания и др. Как правило, значительных улучшений не наблюдается.

Синдром инфантильного расстройства памяти. Больной при этом расстройстве достаточно хорошо все помнит, но самостоятельно воспроизвести полученную информацию не может. Страдает почти исключительно одно воспроизведение. Наблюдается практически только у детей. Они знают о своем недостатке, записывают то, что хотят запомнить, ищут в вопросе собеседника ответ. Для улучшения извлечения приобретенных знаний и опыта дети нуждаются в поддержке, толчке, наводящем вопросе.

НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ И КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

Память не бывает постоянно одинаковой: хорошей, средней или плохой. Она под влиянием возрастных изменений, неустойчивых личностных черт, аффективных вспышек или стойких эмоциональных изменений и других факторов постоянно меняется. В этой связи трудно оценить истинные качества памяти у любого ребенка или подростка. Гораздо важнее создавать условия по сохранению природных особенностей памяти и помогать их совершенствовать. Дети должны быть знакомы со своей памятью, ее преимуществами и недостатками. Они должны научиться правильно ее использовать и беречь в неблагоприятных условиях. Особого внимания заслуживают дети после заболеваний или в течение процессов, ослабляющих память (хроническая соматическая болезнь). Они нуждаются в условиях, не только ограждающих от перегрузки, но и от фрустраций, из-за сознания больными своей несостоятельности. Еще в большей мере сказанное относится к де-

тям, имеющим трудности в своем развитии. Например, дети с умственной отсталостью и детским церебральным параличом отличаются по тому, как у них развита память. Однако и те и другие нуждаются в совершенствовании последней, без этого трудно реализовать их ограниченные ресурсы психики для приспособления к жизни.

ИНТЕЛЛЕКТ — глобальная способность разумно действовать, рационально мыслить и хорошо справляться с жизненными обстоятельствами [Векслер Д., 1939]. Существует много других определений, что свидетельствует о нашем недостаточном знании того, что такое интеллект, и в то же время показатель расширяющих представлений о нем. Это способность индивидуума адаптироваться к окружающей среде. Умение достигнуть цели. Власть комбинаций. Искусство предвидеть будущее. Способность использовать полученный опыт для решения новых задач. Умение поступать, говорить и действовать своевременно и уместно. Чувство меры. Человек, обладающий интеллектом, — это тот, кто правильно судит, понимает и размышляет и кто благодаря своему здравому смыслу и инициативности может приспосабливаться к обстоятельной жизни [Бине А., Симон Т., 1905].

Предпосылки интеллекта: память, внимание, активность познавательных процессов, упражняемость, утомляемость.

Предполагается, что интеллект не единое целое, а состоит из отдельных способностей. Выделено семь первичных умственных потенций: 1) счетная способность; 2) словесная гибкость; 3) словесное восприятие; 4) пространственная ориентация; 5) память; 6) способность к рассуждению; 7) быстрота восприятия [Терстоун Л., 1938].

Дж. Гилфордом (1959) описано 120 факторов интеллекта в зависимости от того, для каких умственных *операций* они нужны, к каким *результатам* приводят, каково их *содержание* (образное, символическое, семантическое или поведенческое).

Уровни интеллекта. Конкретный (практический) уровень помогает решать повседневные задачи и ориентироваться в наших взаимоотношениях с различным предметами. К этому уровню относятся ассоциативные способности, позволяющие использовать информацию, хранящуюся в памяти. Абстрактный уровень позволяет нам оперировать словами и понятиями. К этому уровню относятся когнитивные способности.

Происхождение интеллекта. Существует два взгляда на истоки интеллекта. Согласно первому, интеллект наследственного происхождения. Его задатки, полученные при рождении, развиваются и достигают полного раскрытия к 20 годам. Интеллект делят на *А* и *В*. *А* — потенциал, который создается в момент зачатия и является основой для развития интеллектуальных способностей. *В* — формируется в результате взаимодействия потенциального (*А*) интел-

лекта с окружающей средой [Хебб Д., 1974]. Второе направление предполагает такое происхождение интеллекта, при котором основным механизмом его раскрытия является обучение, средовые воздействия в более широком смысле. Однако можно представить и такой подход, по которому для каждого развивающегося индивида существуют ограничения, связанные как с наследственностью, так и с влиянием среды (эпигенетический подход).

Факторы интеллектуального развития: 1) генетические (наследование интеллектуальных задатков, хромосомные аномалии); 2) эмбриональные факторы (болезни беременной, физические и химические вредности во время беременности); 3) нарушение питания плода; 4) средовые факторы (болезни, питание, психическая стимуляция, число детей в семье, социальное положение).

Интеллектуальный коэффициент (ИК) – показатель интеллектуального функционирования, полученный делением умственного возраста на хронологический возраст и умножением на 100. Причем хронологический возраст – это возраст, исчисляемый по дате рождения. Умственный (психический) возраст – это результат выполнения специально подобранных для каждой возрастной группы заданий, которые успешно выполняются большинством из них. ИК выражают в усредненных статистических показателях с помощью специальных психологических тестов (Векслера, Равена, Стенфорд–Бине и др.). Вербальный интеллект оценивают с помощью вербальных методик. Невербальный интеллект выявляется на невербальных методиках. ИК не может быть универсальным и достаточным показателем, так как он не учитывает тренируемости, изучаемых свойств интеллекта и не отражает его структуру.

РАССТРОЙСТВА ИНТЕЛЛЕКТА. Слабоумие – стойкое, как правило, необратимое обеднение психической деятельности, ее упрощение и упадок (дефект интеллекта). Оно проявляется в ослаблении познавательных способностей, обеднении чувств и в изменении поведения.

Врожденное слабоумие (психическое недоразвитие, умственная отсталость, олигофрения) – общее, выраженное в той или иной степени недоразвитие психики (недоразвитие интеллекта). Оно обусловливается наследственными, врожденными и ранообретенными факторами (в возрасте до 3 лет). Проявляется в неспособности к абстрактному мышлению, недоразвитии речи, крайне скудном запасе слов, бедности представлений и фантазии, слабости памяти, ограниченном запасе приобретенных знаний, незначительных возможностях их приобретения. Эмоции бедны и могут исчерпываться удовлетворением физических потребностей.

Различают следующие степени врожденного слабоумия.

Легкая умственная отсталость (дебильность) (ИК – 50–69). Ограничена способность к абстрактному мышлению, в связи с

этим могут окончить лишь начальную школу по специальной программе. Осваивают некоторые специальности, но получают только низкую квалификацию. При эмоциональной и социальной незрелости не справляются с требованиями брачной жизни или воспитания детей.

Умеренная умственная отсталость (имбецильность) (ИК – 35–49). Медленно развивается понимание и использование речи, отстает развитие навыков самообслуживания и моторики, часть больных осваивает основы чтения, письма и счета и приобретает некоторые умения. Они овладевают простой работой и выполняют ее под надзором. Независимое проживание невозможно, но участвуют в простейших социальных занятиях.

Тяжелая умственная отсталость (тяжелая имбецильность) (ИК – 20–34). Овладевают навыками самообслуживания не полностью. Даже основы школьных умений не доступны. Если и овладевают некоторыми элементарными трудовыми процессами, то нуждаются в постоянном надзоре. Имеются моторные нарушения и слабое развитие речи. Этиология – органическое поражение мозга.

Глубокая умственная отсталость (идиотия) (ИК – ниже 20). У одних не развиваются даже предпосылки интеллекта. Они не осваивают никаких навыков, обладают двумя-тремя элементарными эмоциями, речь не развивается. У других – ограниченная способность к пониманию или выполнению требований и инструкций. Неподвижны или ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала. Они не способны заботиться о своих основных потребностях, нуждаются в постоянной помощи и уходе.

Приобретенное слабоумие (деменция) – частичное разрушение психики (интеллекта), вызываемое болезнями или повреждением мозга. Сопровождается нарушением памяти, языка, речи, суждений, познавательных способностей, аффективных проявлений пространственной ориентации и моторных умений. Как правило, слабоумие необратимо, лишь в некоторых случаях при устранении причины возможно улучшение. В основе нарушения – более или менее распространенные поражения кортикальных функций, подтверждаемые неврологическим и электроэнцефалографическим исследованиями, компьютерной томографией, магнитно-резонансной томографией.

Различают следующие степени тяжести деменции.

Легкая. Рабочая и социальная активность ухудшены, однако остается способность к самостоятельной жизни, самообслуживанию и относительно ненарушенным суждениям.

Умеренная. Независимая жизнь затруднена, требуется некоторый уход и поддержка.

Тяжелая. Так как повседневная активность и самообслуживание нарушены, требуется постоянный надзор. У большинства больных грубо расстроены речь и суждения.

Тотальная (глобарная) деменция глубоко охватывает всю психику, включая интеллект и память, при ней наблюдается резкое снижение или отсутствие критики, замедленность психических процессов, общее снижение личности больного до полной утраты индивидуальных особенностей. При этом виде слабоумия имеются диффузные поражения коры головного мозга.

Различают следующие виды тотальной деменции.

Паралитическая деменция характерна для прогрессивного паралича и проявляется в быстром исчезновении критики к своим словам и поступкам, в выраженной слабости суждений, нелепых, чуждых личности больного поступках, нетактичных высказываниях, сексуальных эксцессах. Индивидуальные особенности личности нивелируются, больной становится грубым, держится стойкая эйфория, пропадает интерес к работе, к семье. Довольно быстро наступает полный распад личности.

Сенильная деменция связана с атрофией головного мозга у некоторых людей старческого возраста. Начинается с черт характера, ранее несвойственных больному (скупости, жестокости), или утрирования ранее умеренно выраженных (властность, заносчивость). Утрачиваются прежние интересы, появляются пассивность, эмоциональное обеднение, нарастают расстройства памяти (синдром Корсакова, нарушение сохранения информации). Больные не могут сдерживать свои влечения, становятся гиперсексуальными, грубыми, циничными, крохоборами (собирают старые тряпки, гвозди и другие ненужные предметы).

Частичная (лакунарная, дисмнестическая) деменция характеризуется неравномерностью выпадения интеллектуальных функций, замедлением интеллектуальных процессов, снижением сообразительности, преобладанием различных нарушений памяти. Личность остается в известной мере сохранной, расстройство критики выражено слабее, сохраняются профессиональные навыки, имеет место эмоциональное недержание, слезливая беспомощность, легко возникающая растерянность. При этом виде деменции имеются очаговые повреждения коры головного мозга.

Различают следующие виды частичной деменции.

Эпилептическая деменция – следствие неблагоприятно протекающей эпилептической болезни. Она характеризуется замедлением психических процессов, снижением уровня мыслительной деятельности, патологической обстоятельностью мышления, ослаблением памяти, амнестической афазией. Речь обедняется, растягивается, заполняется словесными штампами, появляются уменьшительно-ласкательные слова. Сужается круг интересов до забот о собственном здоровье и благополучии. Могут появиться слащавость, угодливость, льстивость, мелочный педантизм, подобострастие, заносчивость, скупость и т. д. Имеют место взрывчатость,

обидчивость, злопамятность, мстительность. У части больных обнаруживается ханжество, показное благочестие, набожность.

Сосудистая (атеросклеротическая) деменция возникает при атеросклеротическом поражении головного мозга. Ядро личности при ней долго остается относительно сохранным, начальные признаки – нарушение запоминания с сохранной критикой, поэтому больной старается компенсировать свой дефект записями, узелками на память и т. д. Рано появляется эмоциональная лабильность, взрывчатость. Все же больные длительно остаются тактичными, следят за своим внешним видом, проявляют неподдельный интерес к жизни семьи и общества. Если деменция развивается после инсульта, то вскоре появляются грубые нарушения памяти, осмысления, речи (афазия), насильственный смех, плач, неврологические симптомы.

Травматическая деменция является следствием физической травмы головного мозга. Клиническая картина зависит от тяжести и локализации повреждения. При лобно-базальном поражении появляется клиническая картина, напоминающая прогрессивный паралич. Поражение передних отделов лобных долей проявляется апатией, аспонтанностью, акинезией, снижением активности мышления и речи, нарушением поведения. Поражение височных долей может повлечь за собой нарушения, напоминающие таковые же при эпилептическом слабоумии.

Алкогольная деменция, наблюдающаяся при алкогольном поражении мозга, чаще всего выражается синдромом Корсакова.

Шизофреническая деменция характеризуется диссоциацией между неспособностью уловить реальное значение житейских ситуаций и удовлетворительным состоянием абстрактно-логического мышления (ситуационное слабоумие). Знания, навыки и комбинаторные возможности не могут быть использованы в жизни из-за аутистической оторванности от реальности, а также из-за аспонтанности и апатии. В то же время грубых нарушений памяти не выявляется, сохранны также приобретенные навыки, знания и суждения.

Психогенное слабоумие (псевдодеменция) – реакция личности на психотравмирующую ситуацию, угрожающую ее социальному статусу, и проявляющаяся в виде мнимого слабоумия. Характерны нелепые мимо-ответы и мимо-действия в элементарных ситуациях (например, на вопрос подростку: «Сколько Вам лет?» – ответ: «3 годика»). Поведение настолько демонстративно нарочитое и не приводящее ни к какой выгоде, что не вызывает сомнения о психическом расстройстве. Это расстройство – «бегство в болезнь» – обычно реакция слабой или истероидной личности при необходимости нести ответственность за свое неблаговидное поведение: например, в ситуации судебного преследования за правонарушение. Псевдодеменция – транзиторное слабоумие, т. е. такое нарушение,

при котором в отличие от предыдущих впоследствии происходит исчезновение симптомов.

Состояние снижения психического уровня (снижение уровня личности) — легкая форма ослабления психической деятельности, выражающаяся в стойком падении активности, энергии, в сужении кругозора, в утрате большинства прежних интересов, в явном побледнении индивидуальности. Сопровождается повышенной утомляемостью, падением работоспособности, раздражительной слабостью. Нарушения памяти незначительны. Могут быть усилены влечения.

НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА И КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

Интеллект ребенка, как правило, оценивают с целью решения вопроса о его обучаемости. Однако после его направления в соответствующее образовательное учреждение необходимо иметь в виду, что отдельные способности и весь интеллект в целом способны к изменениям. Эти изменения либо спонтанны, либо же зависят от стимуляции в процессе обучения. Желательно это учитывать с тем, чтобы строить всю учебно-воспитательную работу под контролем развития ученика. Поддерживать те способности, которые того требуют, и усовершенствовать наиболее выдающиеся качества интеллекта. Нельзя исключать также и возможность снижения уровня интеллектуального функционирования как под влиянием текущих заболеваний, так и вследствие случайных повреждений головного мозга (ушибов, сотрясений). В этих случаях воспитательный и педагогический процесс должен проходить при участии врача и психолога. Существует также возрастная негативная динамика интеллектуальных изменений. Она связана в первую очередь с пубертатным кризом, но может быть и в другие критические периоды формирования личности. Особенно большое снижение интеллектуального уровня наблюдается у умственно отсталых подростков. Последние в это время требуют специального внимания и поддержки. У детей и подростков, страдающих последствием перенесенного органического поражения головного мозга, например детским церебральным параличом, способности развиты очень неравномерно. В связи с этим при их изучении нельзя полагаться только на показатель ИК. Его следует обязательно уточнить, используя нейропсихологические методики. У многих умственно отсталых недоразвитие интеллекта также неравномерно, а у некоторых встречаются и отдельные выдающиеся способности (счетные, музыкальные, касающиеся механической памяти). Выявление этих особенностей психики умственно отсталых и других детей с проб-

лемами в развитии возможно лишь при целенаправленном изучении их способностей. Обнаружение у ученика интеллектуальных качеств, выдающихся над общим уровнем умственной отсталости, должно быть использовано в обучении и абилитации, так как это дает дополнительный шанс для приспособления к условиям жизни.

? *Тест для самостоятельной работы*

1. Сенсорная память:
а) действует на уровне рецепторов;
б) действует меньше одной секунды;
в) лежит, в частности, в основе последовательных образов;
г) все ответы верны.

2. Кратковременная память:
а) длится до 2 минут;
б) обладает емкостью, не превышающей 11 элементов;
в) позволяет долго помнить телефонный разговор;
г) все ответы неверны.

3. Долговременная память:
а) обладает ограниченной емкостью;
б) обладает практически неограниченной длительностью;
в) более развита у пожилых лиц;
г) все ответы верны.

4. Нарушения памяти:
а) нарушения запечатления, сохранения и воспроизведения прошлого опыта;
б) нарушение ассоциативного процесса;
в) изменения рационального познания, умозаключений, критических способностей;
г) все ответы верны.

5. Антероградная амнезия:
а) общее снижение памяти;
б) провал памяти на события после заболевания;
в) провал памяти на события до заболевания.

6. Ретроградная амнезия:
а) общее улучшение памяти;
б) провал памяти на события до заболевания;
в) общее снижение памяти.

7. Псевдореминисценция:
а) ошибочное воспоминание — смещение реальных событий во времени;
б) вымысел, заполняющий пробелы в памяти;
в) фиксационная амнезия.

8. Конфабуляция:
а) вымысел, заполняющий пробелы в памяти;

б) ошибочное воспоминание — смещение реальных событий во времени;
в) общее снижение памяти.

9. Синдром Корсакова:
а) сочетание фиксационной амнезии, псевдореминисценций и конфабуляций;
б) синдром, характеризующийся нарушением воспроизведения;
в) сочетание эмоциональной лабильности, нарушений памяти и интеллекта органического происхождения.

10. Синдром инфантильного расстройства памяти:
а) сочетание фиксационной амнезии, псевдореминисценций и конфабуляций;
б) сочетание эмоциональной лабильности, нарушений памяти и интеллекта органического происхождения;
в) синдром, характеризующийся нарушением воспроизведения.

11. Интеллектуальный коэффициент:
а) количественный показатель интеллектуального развития;
б) оценка навыков, полученных в течение жизни;
в) характеристика имеющихся знаний.

12. Степени умственной отсталости:
а) показатель выраженности психического недоразвития: легкая, умеренная, тяжелая и глубокая умственная отсталость;
б) характеристика типа интеллектуального дефекта: тотальный, частичный;
в) этиология возникновения умственной отсталости: наследственная, врожденная, приобретенная.

13. Деменция:
а) приобретенное слабоумие;
б) врожденное слабоумие;
в) тяжелое нарушение памяти.

14. Виды (типы) деменции:
а) дебильность, имбецильность, идиотия;
б) тотальная деменция, частичная деменция;
в) амнезия, гипермнезия, гипомнезия, парамнезия.

15. Псевдодеменция:
а) реакция личности на угрозу ее социальному статусу в виде мнимого слабоумия;
б) сочетание фиксационной амнезии, псвдореминисценций и конфабуляций;
в) преобладание нарушений памяти и эмоциональная лабильность на фоне сохранного ядра личности.

16. Алкогольная деменция:
а) преобладание нарушений памяти и эмоциональной лабильности на фоне сохранного ядра личности;
б) сочетание фиксационной амнезии, псевдореминисценций и конфабуляций;
в) реакция личности на угрозу ее социальному статусу в виде мнимого слабоумия.

17. Сосудистая деменция:

а) сочетание фиксационной амнезии, псевдореминисценций и конфабуляций;

б) преобладание нарушений памяти и эмоциональной лабильности на фоне сохранного ядра личности;

в) реакция личности на угрозу ее социальному статусу в виде мнимого слабоумия.

♦ Темы для самостоятельной работы

*1. Причины нарушений памяти и их механизм. **2.** Особенности памяти у детей и ее нарушения. **3.** Синдромы нарушения памяти. **4.** Причины нарушения интеллекта. **5.** Типы нарушений интеллекта. **6.** Синдромы нарушений интеллекта. **7.** Различия между врожденным и приобретенным слабоумием. **8.** Степени психического недоразвития.*

Список рекомендуемой литературы см. на с. 184.

Глава 10
АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

ЭМОЦИЯ – отражение мозгом человека какой-либо актуальной потребности и возможности ее удовлетворения, т. е. переживание степени удовлетворенности биологическими или социальными потребностями. Это субъективное отношение к окружающей среде и себе. Прогнозирование вероятности достижения цели у человека может либо осознаваться, либо не осознаваться. Возрастание вероятности достижения цели в результате поступления новой информации порождает положительные эмоции, они активно усиливаются субъектом с целью их увеличения, продлевания. Падение вероятности реализации потребности по сравнению с ранее имевшимся прогнозом ведет к отрицательным эмоциям, которые субъект стремится ослабить или прекратить. Эмоция позволяет быстро оценить значимость ситуации и мобилизовать ресурсы личности на активные действия с целью сохранения себя.

Нейрофизиологический механизм. Эмоция – активное состояние системы специализированных мозговых образований (лимбической системы, гипоталамуса, коры головного мозга), побуждающих субъекта изменить поведение в направлении максимализации или минимализации этого состояния. В реализации положительных и отрицательных эмоций различна роль доминантного и субдоминантного полушарий головного мозга. Эмоции проявляются и во внутренних переживаниях, и в поведении, и то и другое связано с физиологической активацией.

Классификация эмоций

1. *Элементарные, так называемые физические, чувствования* – эмоции удовольствия и неудовольствия, связанные с органическими потребностями. Они – тон или окраска отдельного ощущения (голод, жажда) или общего самочувствия индивида (беспредметная тоска, тревога, радость).

2. *Предметные чувства* – осознанные переживания отношения к миру, дифференцирующиеся в зависимости от того предмета, к которому они относятся. Они связаны с духовными потребностями и подразделяются на интеллектуальные (познавательный интерес), эстетические (переживание прекрасного) и моральные (возмущение безнравственным поступком какого-либо лица).

3. *Обобщенные мировоззренческие чувства* включают интеллектуальный компонент и выражают более или менее устойчивые

установки личности. Это чувство юмора, иронии, чувство возвышенного, трагического и т. п.

Аффект — мгновенный, стремительно и бурно протекающий эмоциональный разряд (ярость, ужас, восторг, отчаяние).

Страсть — сильное, стойкое, глубокое и длительное чувство, которое захватывает человека и владеет им (к стяжательству, личной славе, труду, науке, искусству).

Настроение — более или менее длительное общее эмоциональное состояние личности, придающее эмоциональную окраску всей психической жизни и обусловленное совокупностью факторов: органическим самочувствием, тонусом жизнедеятельности, взаимоотношениями с окружающими людьми и оценкой личной и общественной жизни. Настроение — бессознательная оценка личностью того, как на данный момент складываются для нее обстоятельства [Рубинштейн С. Л., 1946]. Например, тревожное настроение заставляет воспринимать все под знаком страха, отовсюду ожидать опасности.

Эмоции делятся на положительные (удовольствие, радость, восхищение, любовь) и отрицательные (неудовольствие, горе, страх, печаль, ненависть). Различают также стенические чувства (гнев, радость), повышающие жизненный тонус, побуждающие к деятельности, и астенические чувства (печаль, смущение, страх), снижающие жизнедеятельность, ослабляющие энергию. Чувства могут быть разной степени интенсивности, стойкости и глубины. Переживание эмоций сопровождается напряжением и последующим облегчением.

Возрастные особенности. Несмотря на то что уже в утробе матери у плода появляются первые эмоциональные реакции, у новорожденного отмечаются лишь рудиментарные проявления эмоций. Первоначально они связаны с удовлетворением органических потребностей (голода, недомогания, неудобного положения, холода), постепенно с усложнением потребностей усложняются и эмоции. Рано у младенца появляется страх на изменение обстановки, громкий звук, потерю равновесия. Эмоции и чувства детей в раннем возрасте быстро и бурно возникают, но столь же быстро и исчезают. До 3-летнего возраста преобладают эмоции, обусловленные биологическими потребностями, в них особенно выражен сомато-вегетативный, а не психический компонент.

В связи со становлением самосознания и под влиянием похвал и порицаний у дошкольника возникают нравственные чувства. Вначале представления о плохом и хорошем тесно связаны с личными интересами ребенка, и лишь постепенно они определятся общественной полезностью того или иного поступка.

К 10—12 годам чувства занимают в психике ребенка такое же место, как и эмоции, связанные с удовлетворением физиологиче-

ских потребностей. К концу периода взросления в основном заканчивается формирование основных высших чувств.

Возрастная незрелость эмоционального реагирования проявляется: 1) элементарностью эмоций; 2) преобладанием положительных эмоций; 3) повышенной эмоциональной лабильностью; 4) рудиментарностью и атипичностью аффективных расстройств; 5) заменой эмоций так называемыми возрастными эквивалентами эмоциональных проявлений (соматовегетативными, поведенческими).

Таким образом, основные линии развития чувств в процессе роста ребенка следующее: 1) уменьшается возбудимость эмоций и возрастает устойчивость чувств; 2) чувства становятся более дифференцированными и объективированными; 3) расширяется и, главное, изменяется круг предметов и явлений, вызывающих чувства.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА. В норме эмоциональные проявления постоянно меняются в своей стойкости, глубине, интенсивности, продолжительности, легкости возникновения, зависимости от внешних обстоятельств или физического состояния. Эти изменения могут оказаться не связанными с очевидными жизненными трудностями, соматическим здоровьем, продолжаться длительное время, быть либо очень стойкими и продолжительными, либо крайне интенсивными. В этих случаях, как правило, имеет место патология аффективной сферы. Различают изменения уровня чувственной сферы, изменения настроения, изменения эмоциональной реактивности.

Изменения уровня чувственной сферы проявляются двумя группами расстройств: регрессом чувств и прогрессом чувств.

Регресс чувств наблюдается, например, при выраженном шизофреническом дефекте в форме исчезновения высших (предметных и мировоззренческих) чувств и преобладания низших (элементарных) чувств, вытекающих из органических потребностей.

Прогресс чувств встречается реже: например, у некоторых психопатических личностей — и характеризуется доминированием высших (предметных и мировоззренческих) чувств, т. е. чувств морального, эстетического удовлетворения, личного достоинства и др.

Изменения настроения обнаруживаются у больных в виде повышенного (гипертимия) и пониженного (гипотимия) настроения.

К разновидностям ***болезненно повышенного настроения*** относятся гипомания, мания, эйфория, мория, экстаз.

Гипомания, или гипоманиакальное настроение, характеризуется повышенной деятельностью, сочетающейся с разбросанностью в поступках, веселостью, повышенной общительностью, остроумием, предприимчивостью и уверенностью в себе.

Мания, или маниакальное настроение, проявляется триадой расстройств:

1) повышением настроения;
2) ускорением психической деятельности;
3) увеличением темпа двигательной активности.

Радостное настроение не омрачается ни при каких обстоятельствах – ни при печальных событиях, ни при страшных известиях, ни при неудачах. Забываются прошлые неприятности и несчастья. Будущее представляется радужным и полным перспектив. Собственное соматическое состояние оценивается как превосходное. Переживается прилив энергии, который реализуется в повышенной активности. Возникающие планы и желания кажутся реальными и легко осуществимыми. Повышается чувство собственного достоинства. Обычно легко появляется переоценка профессиональных, физических и умственных способностей. Из-за завышения оценки своих творческих возможностей облегчается создание проектов и конструкций, рисование, декламирование, сочинение стихов, рассказов, песен и т. д. Наряду с мыслями о переоценке своих способностей могут быть и бредовые идеи гениальности, величия, физического превосходства.

Необычная психическая активность проявляется нескончаемой говорливостью, постоянным стремлением распевать песни, во весь голос читать стихи, приказывать окружающим, переругиваться с теми, кто пытается успокоить и усовестить, а также остановить их поток красноречия и актерские порывы. Все это сочетается с неуемной и, как правило, неупорядоченной и неутомимой деятельностью: неуклюжими попытками помощи окружающим, неуместным вмешательством в профессиональные обязанности тех, кто лечит и ухаживает за больным, танцами, физическими упражнениями и т. д.

Растормаживается сексуальное влечение, постоянно наблюдаются назойливые приставания к лицам противоположного пола, откровенные предложения, непристойные жесты, а иногда и сексуальная агрессия. Другие органические потребности, такие, как голод и жажда, резко повышены. Больные прожорливы, много пьют, нуждаются только в нескольких часах сна.

В детском возрасте вместо типичной триады отмечаются смешанные, нерезко очерченные гипомании, проявляющиеся в повышенной веселости, чрезмерной подвижности с капризностью, непослушанием, дурашливостью, повышенной самооценкой, с фрагментарными идеями величия и признаками расторможенности влечений. Если мания сочетается с астеническим состоянием, то отмечаются повышенная утомляемость, истощаемость, головные боли, нарушения сна, снижение аппетита. При возникновении маниакального состояния на фоне органического поражения ЦНС могут быть монотонность поведения, назойливость, эмоциональная лабильность и гневливость. У детей младшего возраста мания

может ограничиться рудиментами эмоциональных расстройств и в большей степени в форме усиления элементарных влечений (повышение аппетита, сексуальности и др.).

Эйфория. Благодушное, полное удовлетворенности и довольства, беззаботное настроение без оживления идеаторных процессов и стремления к деятельности, некритичное состояние, возникающее обычно на фоне более или менее выраженного интеллектуального дефекта. Наблюдается у людей с выраженным психическим недоразвитием, с опухолями головного мозга, при прогрессивном параличе, сифилисе мозга, атеросклерозе сосудов головного мозга. Кратковременная эйфория может быть при опьянении алкоголем или наркотиками.

Мория. Немотивированное повышенное настроение, сочетающееся с нелепостью и дурашливым поведением при наличии интеллектуального снижения. Отмечается при органическом поражении или опухолях лобных долей головного мозга.

Экстаз. Напряженное переживание блаженства, необычайного счастья, высшей степени восторга до исступленного восхищения, нередко с сужением сознания. Может быть при эпилептических расстройствах (аурах, припадках).

Болезненно пониженное настроение наблюдается в форме субдепрессии, депрессии, дисфории, тревоги, страха.

Субдепрессия. Нерезко выраженное понижение настроения, при нем обычно преобладают вялость, слабость, угнетенность. Встречается часто при психотических и невротических расстройствах.

Депрессия. Характерная особенность — триада признаков:

1) подавленное настроение;
2) замедление психических процессов;
3) двигательная заторможенность.

Степень выраженности сниженного настроения может различаться в значительных пределах: от легкой печали, тоскливости до глубокой тоски и отчаяния.

Во многих случаях имеются соматические проявления депрессии: тягостные ощущения в груди (давления, сжатия), в верхней части живота, голове.

Замедление ассоциативных процессов может приводить к полному отсутствию каких бы то ни было мыслей или сосредоточению на одной идее (обычно виновности, малоценности, греховности, самоубийстве).

Больные малоподвижны, неактивны, подолгу находятся в одном и том же положении, сидя в стороне от всех или лежа в течение всего дня, не поднимаясь с постели. В тяжелых случаях развивается ступор, при котором больные полностью заторможены, не двигаются, не отвечают на вопросы, не выполняют инструкций и просьб, а иногда и отказываются от приема пищи. Обычно наибольшая тяжесть подавленного настроения, двигательная скован-

ность, разбитость и минимум активности приходятся на утро, с течением дня состояние улучшается, и к вечеру состояние может значительно отличаться.

Бессонница или поверхностный сон, значительное снижение аппетита, запоры, расстройство сердечно-сосудистой системы, как правило, сопутствуют аффективным нарушениям.

У детей каждый из компонентов депрессии выражен меньше. Сниженное настроение может сочетаться с двигательным беспокойством, тревогой, плаксивостью, говорливостью и рудиментами идей самообвинения. У дошкольников и младших школьников депрессии чаще проявляются страхами, капризностью, вялостью, эмоциональной неустойчивостью и соматическими расстройствами (нарушениями сна, энурезом, болями в животе, снижением аппетита) или реже злобностью, агрессивностью.

У подростков депрессия более очерчена, все же чаще, чем у взрослых, сочетается с тревогой, двигательным возбуждением, нарушениями поведения.

Дисфория. Напряженно-злобное или мрачно-недовольное подавленное настроение, возникающее при органических (травматических) поражениях мозга и эпилепсии.

Тревога. Аффект напряженного переживания смутной, неопределенной, беспредметной опасности, катастрофы. Может сочетаться с недоверчивостью, настороженностью, внутренним беспокойством, нарушением целесообразной деятельности, суетливостью, беспорядочными метаниями, изменчивой мимикой, беспокойным взглядом, сбивчивой речью, учащенными сердцебиениями, прерывистым дыханием, холодным потом, бледностью, расширением глаз и зрачков, непроизвольным мочеиспусканием. Широко распространенное расстройство, наблюдающееся при психозах и в более легкой форме при неврозах и психопатиях (психастенической, сенситивной).

Страх. Напряженное переживание угрожающей опасности для жизни, связанной с определенными явлениями, предметами или людьми. Частый признак неврозов (страх высоты, незнакомца, заболевания, школы и т. д.) и других психических расстройств.

Изменения эмоциональной реактивности

Нарушения выраженности (силы) чувств:

1. *Патологический аффект.* Бурная эмоциональная реакция, не соответствующая по своей силе вызвавшему ее стимулу. На высоте аффекта отмечается сужение сознания, неадекватное, часто агрессивное или разрушительное поведение. Завершается амнезией. Нередкое проявление травматического или другого органического поражения мозга.

2. *Эмоциональная гиперестезия (сенситивность).* Чрезмерная чувствительность, ранимость, неуверенность в своих физических силах и психических способностях, обостренность реакций, пре-

увеличенная совестливость, склонность к сомнениям, застреванию на своих переживаниях. Характерна для сенситивной психопатии.

3. *Эмоциональная гипестезия.* Вялость эмоциональных реакций, черствость, отсутствие сострадания, холодность. Последствие сильного шокового воздействия (землетрясения) или результат тяжелой астении.

4. *Апатия.* Отсутствие эмоций, равнодушное отношение к себе и окружающим, а также к происходящим событиям. Сочетается с вялостью побуждений. Один из основных симптомов при шизофрении, может быть также при органическом поражении мозга, тяжелых астениях.

5. *Эмоциональная тупость.* Эмоциональное обеднение, исчезновение эмоциональной откликаемости, абсолютное равнодушие, безразличие к родным и близким, отсутствие способности реагировать на любые события, даже серьезно влияющие на судьбу больного. Никакими стимулами невозможно вызвать проявления чувств. Утрата интереса к самому себе, своему социальному статусу и здоровью. Необратимое состояние, типичное для шизофренического или глубокого органического дефекта психики (при прогрессивном параличе).

Нарушение устойчивости чувств:

1. *Эмоциональная лабильность.* Неустойчивость настроения, склонность к его колебаниям, легкость и быстрота перехода от положительных к отрицательным эмоциям и наоборот. Характерна для астенических состояний, сосудистых заболеваний головного мозга.

2. *Взрывчатость (эксплозивность).* Недержание аффектов, склонность к гневной раздражительности, иногда с агрессией и разрушительными действиями. Чаще наблюдается при дисфориях (эпилептического, психопатического или травматического происхождения) и проявляется бурными аффектами, не адекватными ситуации.

3. *Тугоподвижность эмоций.* Неспособность переключаться с одной эмоции на другую – «застревание на одной из эмоциональных реакций». Свойственна эпилепсии.

Извращение чувств:

1. *Амбивалентность.* Одновременное сосуществование противоречивых (приятных и неприятных) чувств по отношению к событию, предмету, человеку. Склонность отвечать на внешние стимулы двойственно, антагонистической реакцией. Типично для больных шизофренией.

2. *Эмоциональная неадекватность.* Несоответствие чувств внешним обстоятельствам (ситуации), их вызвавшим. Наблюдается при шизофренических изменениях личности.

РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ И КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

Постоянные эмоциональные изменения под влиянием меняющейся обстановки, в связи с появлением новых ощущений в теле и представлений свойственны нормальной детской психике. Диапазон же этих изменений может колебаться от обычных, зависящих от внешних обстоятельств до патологических, отражающих наличие психических расстройств. При этом педагогам и воспитателям трудно судить о степени тяжести эмоциональных колебаний в первую очередь потому, что дети не умеют правильно оценивать свои переживания, и во вторую очередь потому, что внешние проявления не всегда соответствуют их глубине. В то же время выявление этих отклонений очень важно – они могут быть показателем и легких преходящих проявлений невротических расстройств, и начальных симптомов более серьезных заболеваний (психосоматических болезней, психозов). У многих детей те или иные эмоциональные отклонения постоянны, так как являются особенностями их аномальной личности или следствием менингитов, энцефалитов или перенесенных травм головы. Воспитание этих детей требует учета их ранимости, обидчивости, непереносимости фрустраций, застреваемости на отрицательных эмоциях и т. д. Предупреждение аффективных вспышек, проявлений эмоциональной лабильности и других эмоциональных отклонений может позволить оптимизировать воспитательный и учебный процесс. Все это имеет особое значение при воспитании возбудимых детей, склонных к аффектам. У детей с проблемами в развитии (умственно отсталых, с сенсорными дефектами и др.) такой подход необходим, только постоянное смягчение эмоционального напряжения может дать эффект в коррекционно-педагогическом процессе. Приходится иметь в виду, что у детей и подростков снижение настроения не только препятствие для успешного освоения учебного труда и адекватной оценки своих возможностей, но и возможная причина появления суицидальных мыслей, намерений и поступков. Отсюда следует вывод о необходимости самого внимательного отношения к появляющимся у учеников субдепрессиям и тем более депрессиям. В каждом случае депрессии необходимо попытаться выявить истинную причину ее появления и проконсультироваться с психоневрологом. К сожалению, еще бóльшую трудность испытывают воспитатели при необходимости оценить вероятность болезненного происхождения повышенного настроения у детей и подростков и в связи с этим степень его серьезности. Распознаванию может помочь учет внезапности возникновения, беспричинности отклонения, его продолжительности и абсолютной неподатливости педагогическим мерам воздействия. Если выяснится болезненный характер нарушений, то направление к психоневрологу обязательно.

? *Тест для самостоятельной работы*

1. *Мания — это:*
   а) *болезненно повышенное настроение с ускорением течения мыслей и усилением активности;*
   б) *болезненно пониженное настроение с замедлением течения мыслей и заторможенностью;*
   в) *благодушное состояние.*

2. *Депрессия — это:*
   а) *недовольное, злобно-тоскливое настроение;*
   б) *болезненно пониженное настроение с замедлением течения мыслей и заторможенностью;*
   в) *переживание неопределенной, беспредметной опасности с недоверчивостью, внутренним беспокойством.*

3. *Тревога — это:*
   а) *несоответствие чувств внешним обстоятельствам, их вызвавшим;*
   б) *переживание неопределенной, беспредметной опасности с недоверчивостью, внутренним беспокойством;*
   в) *недовольное, злобно-тоскливое настроение.*

4. *Экстаз — это:*
   а) *напряженное переживание блаженства, необычайного счастья, высшей степени восторга, нередко с сужением сознания;*
   б) *благодушное состояние;*
   в) *болезненно повышенное настроение с ускорением течения мыслей и усилением активности.*

5. *Апатия — это:*
   а) *несоответствие чувств внешним обстоятельствам, их вызвавшим;*
   б) *отсутствие эмоций, равнодушное отношение к себе и окружающим, а также к происходящим событиям;*
   в) *одновременное сосуществование противоречивых чувств.*

6. *Амбивалентность — это:*
   а) *одновременное сосуществование противоречивых чувств;*
   б) *несоответствие чувств внешним обстоятельствам, их вызвавшим;*
   в) *недовольное, злобно-тоскливое настроение.*

7. *Дисфория — это:*
   а) *переживание неопределенной, беспредметной опасности с недоверчивостью, внутренним беспокойством;*
   б) *недовольное, злобно-тоскливое настроение;*
   в) *болезненно пониженное настроение с замедлением течения мыслей и заторможенностью.*

8. *Эмоциональная неадекватность — это:*
   а) *несоответствие чувств внешним обстоятельствам, их вызвавшим;*
   б) *одновременное сосуществование противоречивых чувств;*
   в) *отсутствие эмоций, равнодушное отношение к себе и окружающим, а также к происходящим событиям.*

♦ *Темы для самостоятельной работы*

1. Причины эмоциональных нарушений. ***2.*** *Виды болезненно измененных форм снижения настроения.* ***3.*** *Виды болезненно измененных форм повышенного настроения.* ***4.*** *Формы болезненно искаженной эмоциональности.* ***5.*** *Эмоциональные нарушения и диагностика психических расстройств.* ***6.*** *Особенности эмоциональных нарушений у детей.*

Список рекомендуемой литературы см. на с. 184.

Глава 11
НАРУШЕНИЯ ВОЛИ И ВНИМАНИЯ

ВОЛЯ – способность человека действовать сознательно и целеустремленно, подавляя непосредственные желания и стремления.

В волевом акте различают:

1) возникновение побуждения, осознание цели действия и стремление достичь ее;

2) осознание ряда возможностей достижения цели, колебания между согласием с целью и возражениями против нее;

3) борьба мотивов и выбор наиболее подходящего способа действий;

4) принятие одного из возможных решений;

5) осуществление принятого решения, побуждение начать действие и довести его до конца.

Нейрофизиологический механизм основывается на рефлексе свободы, названном этологами «мотивацией сопротивления к принуждению», на преодолении конкурирующей потребности, вставшей на пути к удовлетворению какой-либо иной потребности, первично инициировавшей поведение, на возникновении активности, по отношению к которой субдоминантный мотив – препятствие, «внутренняя помеха».

Возрастные особенности. Овладение основными движениями до 3 лет составляет предпосылку формирования волевых процессов. На начальных этапах воля ребенка – это лишь совокупность желаний. Волевым действие становится лишь тогда (между 2 и 5 годами), когда оно диктуется необходимостью, но не представляет интереса само по себе. Требования и поручения взрослых, участие в домашнем труде, совместные игры детей, учебные занятия развивают волевые действия. Воля воспитывается на преодолении трудностей, примере старших, воздействии сверстников. Таким образом, выделяют три степени спонтанности:

1) ранний дошкольный возраст – неосознаность фактически существующего внешнего регулирования и отсутствие внутреннего регулирования поведения;

2) школьный возраст – осознание необходимости подчинения своего поведения правилам при отсутствии подлинной спонтанности;

3) подростковый возраст – подлинная спонтанность. Мотивами волевых действий являются желания, побуждения, стремления. В мотивационную сферу входят и осознаваемые (волевые), и не-

достаточно осознанные действия на основе различных побуждений (влечений, установок и т. д.).

НАРУШЕНИЯ ВОЛЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. Расстройства воли могут быть связаны с изменением уровня побуждений к деятельности, степенью осознания цели, т. е. с формированием мотива, принятием решения и осуществлением действия.

Ослабление (снижение) волевой деятельности. *Гипобулия* – понижение волевой активности. Связана с ослаблением влечений, в связи с этим падает аппетит, подавляются сексуальные и оборонительные влечения, уменьшается активность. Наблюдается в той или иной степени при умственной отсталости, органических поражениях ЦНС, шизофренических дефектах.

Абулия – крайний вариант снижения волевой деятельности до полного исчезновения всякой активности. Наиболее часто встречается при глубоком шизофреническом дефекте.

Ступор – двигательное оцепенение, проявляющееся в абсолютной или почти полной обездвиженности, с повышением мышечного тонуса. Больной без движения находится в постели, сохраняя одну и ту же позу. Чаще всего это положение эмбриона (с приведенным к груди подбородком, согнутыми в локтях руками, согнутыми в коленях и прижатыми к животу ногами), иногда другая, даже очень неудобная поза, но никогда не сменяемая самостоятельно. Нет реакций на происходящее вокруг. Себя больной не обслуживает, естественные надобности совершает в постель или удерживает дефекацию и мочеиспускание. Кормить приходится персоналу. Речевое общение невозможно (мутизм).

Субступорозное состояние – заторможенное состояние без полной обездвиженности. При этом возможно застывание в тех или иных позах на короткое время (стоя у постели, с поднятой рукой или ногой). Иногда из этого состояния больного ненадолго удается вывести. Больной частично себя обслуживает, пользуется туалетом, принимает пищу. Отмечается либо очень тихая, односложная речь, либо ее отсутствие.

У детей редко наблюдается ступор с полной обездвиженностью, более характерны его частичные проявления в виде рудиментарных признаков заторможенности и эпизодических удерживаний одной какой-либо позы (застывания с ложкой, поднесенной ко рту, с поднятой рукой при одевании и т. д.).

Как ступор, так и субступорозное состояние наблюдаются при кататонической шизофрении, тяжелой психогенной депрессии или при маниакально-депрессивном психозе.

Усиление (повышение) волевой деятельности. *Гипербулия* – повышение волевой активности, связанное с усилением влечений. Может проявляться в повышении аппетита, гиперсексуальности, агрессии, активном или даже расторможенном поведении; нередко эти симптомы сочетаются.

Двигательное возбуждение проявляется либо в стремлении к движению, либо в более или менее целесообразных действиях.

Кататонигеское возбуждение – однообразно повторяющиеся (стереотипные), бессмысленные движения или импульсивные двигательные акты. У детей младшего возраста может проявляться в виде однообразного бега по кругу, таких стереотипных движений, как подпрыгивание, потряхивание кистями рук и т. д. Старшие – кричат, поют, бранятся, без конца о чем-то говорят, выкрикивают бессвязные фразы.

Маниакальное возбуждение характеризуется целенаправленным, но чрезвычайно активным, подвижным и неутомимым поведением. Выраженность возбуждения может варьироваться от такого, при котором возможно даже некоторое увеличение продуктивности, до полной хаотичности в поступках и действиях. Меняется также и речевая активность от повышенной говорливости до речевой бессвязности. У детей проявления этого состояния могут быть в форме чрезмерной подвижности с непослушанием, дурашливостью и расторможением влечений.

Эпилептигеское возбуждение, возникающее при дисфории, как правило, провоцируется недовольством больного отношением к нему окружающих. При этом на фоне ярости или гнева появляются агрессия или разрушительные действия. Последние обычно однообразны и длительно продолжаются. Больной подолгу выкрикивает бранные слова, угрозы, начав драку, не может остановиться, совершая одни и те же удары или действия над жертвой, разрушая попавшееся под руку, без остановки крушит все вокруг одними и теми же движениями.

Тревожное возбуждение. В зависимости от степени выраженности это неспособность усидеть на месте, метания из стороны в сторону, заламывания рук, стремление к самоповреждениям и попытки уйти из жизни, рыдания, стенания, причитания, призывы о помощи, проклятия в адрес судьбы, призывы покарать явных и воображаемых обидчиков.

Извращение волевой деятельности (парабулия). Сюда относятся: *эхопраксия* – копирование жестов и движений окружающих, *эхолалия* – повторение услышанных слов и предложений, *негативизм (активный или пассивный)* – сопротивление воздействиям извне, *мутизм* – отказ от речи, *стереотипия* – повторение одних и тех же движений или действий, *каталепсия, или восковая гибкость,*– сохранение больным приданной ему позы, *патологигеская внушаемость* – беспрекословное подчинение инструкциям окружающих. Все явления парабулии относятся к кататонии и встречаются либо в виде отдельных симптомов, либо в той или иной комбинации при шизофрении.

РАССТРОЙСТВА ВОЛИ И КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

Снижение волевой активности в невыраженной степени встречается при аномалиях характера и в этих случаях требует внимания и поддержки со стороны воспитателей. Педагогические меры воздействия на этих детей и подростков должны быть направлены при слабости побуждений на стимуляцию активности, а при чрезмерной активности на формирование способности управлять своими усиленными влечениями. Отдельные симптомы, наблюдающиеся, например, у умственно отсталых или у других детей с отклонениями в развитии, не могут быть препятствием к их нахождению в специальных учреждениях, но требуют постоянной коррекции воспитательными мерами. Выраженные проявления нарушения воли, встречающиеся при психических заболеваниях, требуют безотлагательного консультирования с психиатром, а при необходимости – лечения.

ВНИМАНИЕ – произвольная или непроизвольная избирательная направленность и сосредоточенность психической деятельности на определенный объект, значимый в данный момент.

Нейрофизиологический механизм. Внимание развивается на базе ориентировочного рефлекса, направленного на создание в организме условий для восприятия изменений во внешней среде. Проявляется в локальной активации (оптимальной деятельности) определенных мозговых структур, принимающих участие в той или иной деятельности, и торможении остальных, «не работающих» функциональных систем мозга.

Классификация. Внимание может быть непроизвольным, или пассивным, являющимся автоматической рефлекторной реакцией, и произвольным, или активным, т. е. сознательным, целенаправленным сосредоточением на определенном объекте при отключении от других событий и явлений. Выделяют избирательность, объем, устойчивость, возможность распределения и переключаемость внимания. Внимание может быть направлено как на внешние (игрушки, книги, сверстники), так и на внутренние объекты (на свои ощущения, мысли, чувства).

Возрастные особенности. Зачатки активного внимания появляются уже на первом году жизни в управлении органами чувств и в играх. Особенность детского внимания – подвижность, легкость перехода от одного объекта к другому. У дошкольников особенно легкая отвлекаемость. Произвольное внимание формируется в дошкольном возрасте в связи с общим возрастанием роли речи в регуляции поведения ребенка. Внимание у ребенка почти всегда привлечено внешними событиями и обращено не к сути, а поверхности явления. У школьников все еще в сравнении со взрослыми

внимание более подвижно, неустойчиво и отличается особенно легким привлечением к эмоционально окрашенным раздражителям. Для привлечения и особенно удерживания внимания детей требуется интерес, эмоционально окрашенное занятие, в противном случае они легко отвлекаются.

НАРУШЕНИЕ ВНИМАНИЯ — патологическое изменение направленности, избирательности психической деятельности.

Различают следующие формы нарушений внимания.

Отвлекаемость — невозможность сосредоточиться на нужном объекте, поверхностность и неустойчивость внимания, обусловленная ослаблением активного и преобладанием пассивного внимания. Отмечается при мании, слабоумии, детском аутизме.

Апрозексия — полная невозможность сосредоточения, может наступить при некоторых расстройствах сознания, поражениях лобных отделов мозга, атонической форме умственной отсталости, ранней детской шизофрении.

Прикованность — неспособность переключиться на другие события. Может быть при депрессии, когда все мысли сконцентрированы на психотравмирующем событии, или ипохондрии, при которой невозможно отвлечься от симптомов серьезной или воображаемой болезни.

Истощаемость внимания — снижение способности к длительному сосредоточению на определенном объекте. Наблюдается как при астении, так и при минимальных дисфункциях мозга, а также при более грубых органических поражениях ЦНС.

Сужение объема внимания — неспособность удерживать в зоне произвольной целенаправленной психической деятельности достаточно большое число объектов и оперировать ими. Встречается при прогрессивном параличе.

Тугоподвижность внимания — неспособность к быстрому и частому переключению внимания с одного объекта на другой, застреваемость на одном из воспринимаемых событий или предметов. Характерно для больных с эпилепсией.

При *модально-неспецифических нарушениях внимания* страдает сосредоточение на слуховых, зрительных и любых других объектах. Это случается, например, при поражении лобных долей коры головного мозга.

Модально-специфические нарушения внимания проявляются его расстройством в одной из областей психики. Так, при поражении зрительной области коры головного мозга нарушается зрительное внимание, при поражении височной — слухового.

НАРУШЕНИЯ ВНИМАНИЯ И КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

Ранимость внимания известна — оно может пострадать при самых легких соматических заболеваниях. При подъеме температуры, физической слабости нарушения внимания всегда имеют место. Отвлекаемость и истощаемость внимания могут явиться одними из первых симптомов инфекционных и других болезней, таким образом предупреждая воспитателей и педагогов о необходимости снижения нагрузки, а то и о полном освобождении от занятий. В то же время отвлекаемость, истощаемость и другие нарушения внимания могут быть особенностями психики детей с хроническими (ревматизм) или часто повторяющимися болезнями (ангины), детей, перенесших в прошлом травмы головы или менингиты, страдающих неврозами или имеющих аномальное развитие личности. Все эти дети требуют коррекционно-педагогического подхода: оживления занятий за счет их большей эмоциональной насыщенности, переключения на другие темы, предоставления более частого отдыха и т. д. Большую трудность для обучения представляют дети с задержкой психического развития, умственной отсталостью, с детским церебральным параличом, сенсорными дефектами, страдающие нарушенным вниманием. Без коррекции последнего невозможно продуктивно обучать этих детей. Исправление основного (интеллектуального, сенсорного) дефекта также не будет эффективным без учета этого обстоятельства. Особенную сложность для педагогов и воспитателей представляют те дети, у которых нарушения внимания — один из основных и тяжелых симптомов (детский аутизм, атоническая форма умственной отсталости). В этих случаях обучение превращается в процесс, при котором привлечение внимания — основа для усвоения любых навыков.

[?] *Тест для самостоятельной работы*

1. Гипобулия — это:

а) понижение волевой активности;

б) повышение волевой активности;

в) двигательное оцепенение, проявляющееся в обездвиженности, с повышением мышечного тонуса.

2. Ступор — это:

а) полное исчезновение всякой активности;

б) двигательное оцепенение, проявляющееся в обездвиженности, с повышением мышечного тонуса;

в) повышение волевой активности, связанное с усилением влечений.

3. Гипербулия — это:
а) повышение волевой активности, связанное с усилением влечений;
б) копирование жестов и движений окружающих;
в) повторение услышанных слов и предложений;

4. Негативизм — это:
а) сопротивление воздействиям извне;
б) копирование жестов и движений окружающих;
в) повторение услышанных слов и предложений.

5. Эхолалия — это:
а) сопротивление воздействиям извне;
б) отказ от речи;
в) повторение услышанных слов и предложений.

6. Эхопраксия — это:
а) повторение одних и тех же движений или действий;
б) копирование жестов и движений окружающих;
в) беспрекословное подчинение инструкциям окружающих.

7. Стереотипия — это:
а) отказ от речи;
б) повторение одних и тех же движений или действий;
в) сохранение больным приданной ему позы.

8. Патологическая внушаемость — это:
а) беспрекословное подчинение инструкциям окружающих;
б) сохранение больным приданной ему позы;
в) повторение услышанных слов и предложений.

9. Апрозексия — это:
а) полная невозможность сосредоточения;
б) неспособность переключиться на другие события;
в) снижение способности к длительному сосредоточению на определенном объекте.

10. Прикованность — это:
а) полная невозможность сосредоточения;
б) неспособность переключиться на другие события;
в) невозможность сосредоточения.

♦ Темы самостоятельных работ

1. Этиология нарушений воли. 2. Виды нарушений воли. 3. Извращение волевой активности и ее диагностика. 4. Виды нарушений внимания. 5. Причина нарушений внимания.

Список рекомендуемой литературы см. на с. 184.

Глава 12
РАССТРОЙСТВА ВЛЕЧЕНИЙ

ВЛЕЧЕНИЕ. Поведение человека, его сознание определяются не только восприятием реальности, но и жизненными потребностями. Органическое влечение или жизненное чувство – это потребность, от удовлетворения которой зависит сохранение индивида и рода: голод, жажда, половое влечение и др. Влечение – первичное побуждение, чаще всего неосознанное эмоциональное проявление потребности человека в чем-либо. Влечение (драйв) – внутреннее состояние, заставляющее действовать определенным образом.

Совокупность факторов, формирующих поведение, называют мотивациями, они устанавливают отношение, существующее между действием и причинами, с которыми оно связано. Сознательное переживание биологической, интеллектуальной или эстетической потребности называется желанием.

Побуждение – причина действия или цель, ради которой оно совершено. Различают потребности самосохранения, к которым относятся физиологические потребности (в пище, воде, сне), ориентировочные (познавательные, эмоционального контакта, смысла жизни) и размножения (сексуальные).

Нейрофизиологический механизм. Влечение – сумма центральных функциональных влияний, направляющих поведение человека на удовлетворение основной (в данный момент) потребности. По мере удовлетворения потребности влечение ослабляется. Мотивация – физиологический механизм активирования хранящихся в памяти следов тех объектов, которые способны удовлетворить имеющуюся у организма потребность, и тех действий, которые способны привести к ее удовлетворению.

Возрастные особенности. В детском возрасте влечения реже осознаются. В связи с этим они чаще приводят к импульсивному, необдуманному и не всегда управляемому поведению. Некоторые влечения у детей рудиментарны. В то же время у подростков такое влечение, как половое, достигает большой силы, но не может эффективно управляться в соответствии с требованиями общества.

РАССТРОЙСТВА ВЛЕЧЕНИЙ. Условно выделяют *болезненно повышенные, извращенные и неодолимые (импульсивные) влечения.*

Импульсивные влечения – остро возникающие непреодолимые стремления к чему-нибудь, реализуемые без осознания их и борьбы мотивов. Они направлены на достижение объективно неприемлемых целей.

Дромомания – непреодолимое стремление к перемене мест, поездкам, бродяжничеству. Дети и подростки уходят из дома, школы, интерната, делая это в самый неподходящий момент, не готовятся к этому, не берут с собой еду, денег. Они бродят бесцельно по улицам, совершают длительные поездки по городу или уезжают далеко за пределы места проживания. Получив облегчение от реализации порыва, возвращаются сами или не противятся насильственному препровождению в семью. Нередко это расстройство – проявление психопатии или связано со стремлением к «утолению сенсорной жажды», т. е. со стремлением восполнить недостаток эмоционального разнообразия, недостаточного в семье или закрытом детском учреждении.

Клептомания – время от времени возникающее непреодолимое влечение украсть ту или иную интересную или лишенную всякой ценности вещь. Став ее обладателем, теряют к ней всякий интерес, выбрасывают, дарят, забывают. Наблюдается при психопатии, органическом поражении мозга.

Пиромания – временами появляющееся непреодолимое стремление к поджогам, играм с огнем (зажиганию спичек, разжиганию костров). Может быть проявлением расстройств личности, но чаще связана с органическим поражением головного мозга.

Дипсомания – запой, импульсивное влечение к алкогольным напиткам, которое реализуется в ежедневном приеме чрезмерных количеств спиртного и продолжается в течение 1–2 недель до тяжелой интоксикации. В промежутках между запоями нет потребности в спиртных напитках. В основе дипсомании – стремление разрядить дисфории при циклотимической депрессии.

Мифомания – патологическая лживость, обусловленная истероидными психопатическими чертами личности.

Расстройства пищевого влечения. *Булимия* – сильное повышение аппетита и даже прожорливость. Возникает при тревоге, страхах, чаще при органических поражениях головного мозга.

Полидипсия – повышенное потребление жидкости в связи с чрезмерным увеличением жажды. Причина – чаще органическое поражение мозга, иногда связано с психогенным расстройством.

Анорексия – снижение аппетита до его полного исчезновения. Наблюдается при неврозах, психопатиях, реактивном психозе.

Симптом пика – поедание несъедобных предметов.

Копрофагия – поедание кала. Наблюдается при глубоких степенях умственной отсталости, дефектной шизофрении.

Расстройства влечения к самосохранению. *Обострение (повышение) влечения к самосохранению.* Обычно складывается из недоверия ко всему новому, переменам, незнакомым объектам, в приверженности к стереотипному порядку, страха окружающего, повышенной настороженности. Наблюдается при детском аутизме, невропатии, шизоидной и психастенической психопатии. В случае

пассивного поведения наблюдается избегание опасности. При активном поведении — оборонительные действия и агрессия. До трех лет агрессия может проявляться стойким немотивированным упрямством; в старшем дошкольном возрасте — конфликтами, прямыми нападениями не только на детей, но и взрослых, в том числе и близких; в школьном — постоянной и часто жестокой драчливостью, задеванием и провоцированием конфликтов.

Ослабление (снижение) влечения к самосохранению. Проявляется в отсутствии защитных реакций (беззащитности, беспомощности), пониженном чувстве боли, безразличном отношении к окружающим людям.

Извращение оборонительного влечения. Аутоагрессия. Стремление к повреждениям самого себя, нанесению травм и увечий. Это могут быть грубые расцарапывания кожи, кусание языка, разбивание головы о твердые предметы, вкалывание острых предметов в тело и т. д. Сюда же относят *трихотилломанию* (выдергивание волос из головы, ресниц, бровей), *онихофагию* (обкусывание ногтей), *аутомутиляцию* (калечение собственного тела — отгрызание пальцев, губ, отрезание ушей, половых органов). Встречается при глубоком слабоумии, шизофрении и истероидной психопатии.

Самоубийство. Лишение себя жизни, обусловленное расстройством влечения к самосохранению. Суицидальные мысли, высказывания и поступки могут наблюдаться при психических заболеваниях, а также и у психически здоровых.

Суицидомания. Упорное, непреодолимое стремление к самоубийству. Может быть при депресии, некоторых психопатиях, шизофрении.

Расстройство полового влечения. *Гиперсексуальность* — патологическое постоянное чрезмерное усиление полового влечения и повышение способности к переживанию оргазма. У женщин это расстройство называется нимфомания, а у мужчин — сатириазис. Причина — нарушение деятельности гипоталамуса, чаще всего под влиянием перенесенных энцефалитов, травматических или сосудистых поражений.

Гиперсексуальность пубертатная — повышенная половая возбудимость, выражающаяся у подростков в виде частых и длительных эрекций, необузданных эротических фантазий, мастурбации. Обычно связана с резким усилением секреции андрогенов из-за ускоренного пубертатного развития, под влиянием эндокринных расстройств или органических поражений гипоталамо-лимбической области.

Гиперсексуальность детская — сексуальное поведение, соответствующее сексуальности более старшего по возрасту ребенка. Проявляется в интересе к противоположному полу и интимной жизни взрослых, демонстрации своего обнаженного тела, сквернословии, стремлениях к ласкам, мастурбации, раннем появлении половой

жизни, патологических фантазиях на сексуальные темы, сексуальных притязаниях к детям своего и противоположного пола.

Гипосексуальность – понижение полового влечения, обычно не обнаруживаемое у детей в связи с возрастным низким либидо, у подростков может проявиться отсутствием интереса к противоположному полу, темам, относящимся к взаимоотношениям полов, отсутствием эякуляций и мастурбации. Это расстройство возникает, в частности, при задержке психосексуального развития.

Извращение полового влечения. *Садизм* – характеризуется стремлением причинить боль другому человеку с целью достижения сексуального удовлетворения.

Мазохизм – получение сексуального удовлетворения или удовольствия от причиняемой боли или унижения, доставляемого партнером.

В детском возрасте садизм и мазохизм проявляются стремлением причинять неприятные переживания окружающим или самому себе. В раннем возрасте ребенок может одновременно и ласкаться к матери и пытаться укусить ее, дергать за волосы, царапать, щипать. Более старшие мучают животных, обижают слабых и меньших детей, тематика их рисунков и патологического фантазирования: мучительства, пытки, взрывы, убийства и т. д. Они могут радоваться, наблюдая за страданиями и плачем обижаемых ими детей или криками животных. У детей эти расстройства влечений могут развиться при применении физических наказаний любимым взрослым.

Эксгибиционизм – демонстрация обнаженных половых органов с целью получения сексуального удовлетворения.

Зоофилия – половое влечение к животным и получение сексуального удовлетворения от контактов с ними. Причинами могут быть длительное уединенное проживание при отсутствии представителей другого пола, психопатические изменения личности.

Визионизм (вуайеризм) – влечение к подглядыванию за половым актом или обнаженными представителями избранного пола. Обычно сопровождается мастурбацией.

Педофилия – получение сексуального удовлетворения взрослыми от сексуальных действий с детьми. В основе этого нарушения – задержка психосексуального развития, нарушение коммуникаций с людьми другого пола или сексуальные расстройства, мешающие нормальной половой жизни.

Причины патологических влечений. Они могут наблюдаться при нарушениях поведения резидуально-органического происхождения, органических и конституциональных психопатиях (возбудимых, неустойчивых), а также при эпилепсии.

РАССТРОЙСТВА ВЛЕЧЕНИЙ И КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

Расстройства влечений – частая и нередко опасная патология. Ее обнаружение требует обязательной консультации с психоневрологом с целью установления причин и механизмов возникновения расстройства. Коррекционно-педагогическая работа строится различно в зависимости от вида нарушенного влечения и от причины его возникновения. Например, пиромания может потребовать только лишь постоянного надзора, с тем чтобы предупредить опасные последствия поджога. Воровство при клептомании, будучи правильно диагностированным, не должно быть предметом осуждения и наказаний, следует ребенку и окружающим объяснить непроизвольный характер недуга. Дромомания, как правило, провоцируемая недостатком положительных эмоций и отсутствием заинтересованности окружающих в судьбе стремящегося бродить ребенка, требует резкого усиления заботы и внимания, а также душевной теплоты со стороны воспитателей. Дети и подростки с расстройствами пищевого влечения (булимия, анорексия), нередко сигнализирующими о психических нарушениях (психическая анорексия, невроз и т. д.), в составе которых они встречаются, нуждаются в психотерапии и лишь затем в педагогической коррекции. Те, у кого возникают такие расстройства самосохранительных влечений, как агрессия, потребуют не только выяснения причин этого явления, но и очень внимательного исключения всех провоцирующих моментов со стороны сверстников и участвующих в воспитании взрослых. Суициденты вне зависимости от степени их упорства в намерениях покончить собой и причин, их вызывающих, требуют не только бережного отношения, но и очень строгого надзора, способного предотвратить роковые последствия. Расстройства половых влечений в первую очередь должны рассматриваться как проявления нервно-психических заболеваний и потому нуждаются в консультациях врачей. В то же время вне зависимости от возможных причин расстройств полового влечения дети и подростки нуждаются в половом воспитании, соответствующем возрасту и социальному положению, что может значительно уменьшить отрицательные последствия проявлений расстроенного влечения.

Тест для самостоятельной работы

1. Дромомания — это:
   а) импульсивное влечение к перемене мест;
   б) влечение к поджогам;
   в) немотивированное влечение к воровству.

2. Клептомания — это:
   а) влечение к поджогам;
   б) немотивированное влечение к воровству;
   в) непреодолимое стремление к самоубийству.

3. Пиромания — это:
   а) непреодолимое стремление к самоубийству;
   б) влечение к поджогам;
   в) поедание кала.

4. Копрофагия — это:
   а) импульсивное произнесение бранных слов;
   б) поедание несъедобных предметов;
   в) поедание кала.

5. Симптом пика — это:
   а) поедание несъедобных предметов;
   б) поедание кала;
   в) повышенное потребление жидкости в связи с чрезмерным увеличением жажды.

6. Полидипсия — это:
   а) сильное повышение аппетита и даже прожорливость;
   б) повышенное потребление жидкости в связи с чрезмерным увеличением жажды;
   в) снижение аппетита до его полного исчезновения.

7. Булимия — это:
   а) снижение аппетита до его полного исчезновения;
   б) сильное повышение аппетита и даже прожорливость;
   в) стремление причинить боль другому с целью достижения сексуального удовлетворения.

8. Садизм — это:
   а) стремление причинить боль другому с целью достижения сексуального удовлетворения;
   б) получение сексуального удовлетворения взрослыми от сексуальных действий с детьми;
   в) получение сексуального удовлетворения от причиняемой боли или унижения, доставляемого партнером.

9. Педофилия — это:
   а) получение сексуального удовлетворения от причиняемой боли или унижения, доставляемого партнером;
   б) получение сексуального удовлетворения взрослыми от сексуальных действий с детьми;
   в) демонстрация обнаженных половых органов с целью получения сексуального удовлетворения.

10. Эксгибиционизм — это:

а) получение сексуального удовлетворения от причиняемой боли или унижения, доставляемого партнером;

б) демонстрация обнаженных половых органов с целью получения сексуального удовлетворения;

в) влечение к подглядыванию за половым актом или обнаженными представителями избранного пола.

♦ *Темы для самостоятельной работы*

1. Причины нарушений влечения. 2. Нарушения полового влечения. 3. Нарушения влечений. 4. Значение нарушений влечений для диагностики. 5. Виды нарушений пищевого влечения. 6. Особенности нарушений влечений у детей и подростков.

Список рекомендуемой литературы см. на с. 184.

Глава 13
РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ

СОЗНАНИЕ – высшая форма объективной реальности, свойственная исключительно человеку, обеспечивающая актуальное восприятие и познание внешнего мира, осознание своей общественной принадлежности, объективной обусловленности высших качеств своего «Я», составляет высшее специфическое человеческое качество [Саарма Ю. М., Мехилане Л. С., 1980]. Осознавать – значит отражать объективную реальность посредством объективированных в слове, общественно выработанных обобщенных значений [Рубинштейн С. Л.]. Общественно накопленные знания являются стержнем сознания. Сознание длительно созревает в онтогенезе и появляется лишь тогда, когда человек выделяет себя из окружающей среды. Осознание связано с обобщением и фиксацией этих обобщений в речи. Так как и речь, и обобщения – продукты общественно-исторического процесса, то любой акт сознания опирается на всю историю человеческого общества. Осознание реального мира предполагает и определенное отношение к осознаваемым объектам. Сознание, будучи функцией бытия, одновременно является и активным регулятором деятельности человека. «Находиться в сознании – означает, переживая конкретный момент своего собственного опыта, переносить этот опыт на совокупность своих знаний. Таким образом, сознательное состояние можно квалифицировать как сложную структуру или, другими словами, как организованную структуру жизни отношений, связывающих субъект с другими людьми и с миром» [Эй А., 1968]. «Сознательное состояние – это способность воспринимать стимулы, как внутренние, так и внешние, и реагировать на эти стимулы произвольными движениями, включая речевую реакцию» [Мацумото Дз., 1978].

Нейрофизиологический механизм сознания. Развитие речевой функции у человека одновременно означало появление сознания. Посредством речи выражаются общие качества предметов и явлений реального мира, то есть возникают процессы абстрагирования, слова становятся понятиями. Биологическая основа абстрагирования – иррадиация и концентрация в мозговых нейронах вновь образованных сигналов, выраженных в словесной форме. Мысли человека, не выраженные вслух (внутренняя речь), обязаны своим происхождением возбуждению, возникающему во второй сигнальной системе, но оно не вызывает двигательных реакций, то есть движений, необходимых для произнесения слов. Со-

знание, таким образом, связано со второй сигнальной системой [Адам Д., 1983].

Таким образом, конкретизируется представление И. П. Павлова о том, что физиологическую основу сознания составляет деятельность корковых структур, находящихся в состоянии оптимальной возбудимости. Развитие этой концепции заключается в следующем: 1) при сопоставлении внутреннего состояния человека с внешними объектами или ситуациями возникает активация мозга; 2) затем происходит обработка мозгом поступающей от организма и внешнего мира информации и, наконец, 3) осуществляется наиболее подходящее поведение с учетом текущих обстоятельств и прошлого опыта. При рефлекторных реакциях и инстинктивном поведении обработка информации осуществляется автоматически, при сложных процессах научения и сознательном принятии решений участвуют высшие функции: память, мышление [Годфруа Ж., 1992].

Физиологическая активация связана с функцией центров, расположенных у основания головного мозга (ретикулярная формация).

Психологическая активация, представляя выражение физиологической, связана с расшифровкой внешних сигналов, которая зависит от уровня бодрствования и от состояния сознания человека, а также от его потребностей, вкусов, интересов и планов. Уровень активации зависит от трех взаимосвязанных факторов: 1) восприятия окружающего (циклов бодрствование—сон); 2) врожденных потребностей, приобретенных в течение жизни мотиваций; 3) эмоций и чувств.

Структура и степени ясности сознания. Сознание — это прежде всего осознание окружающего мира и самого себя. Осознание чего-либо предполагает некоторую совокупность знаний, соотносясь с которой окружающее осознается.

Структура сознания, таким образом, складывается из осознания своего «Я» и предметного сознания.

По мнению С. С. Корсакова (1893), «со-знание» — это: 1) разграничение между тем, что принадлежит к «Я» и что — к «не-Я»; 2) сочетания в известном порядке запаса представлений или понятий, существующих в психике,— сочетание знаний, человеком приобретенных (со-знание); 3) деятельность «направляющей силы ума».

В. А. Гиляровский (1954) расшифровывает понятие «сознание своего Я», относя сюда представление о своем теле, сознание своей связи с другими, т. е. социальное «Я», представляющее специфическую особенность человеческой психики и образовавшееся с возникновением речи.

Усложнилось в процессе эволюции сознание «не-Я», или предметное сознание; оно складывается из объектов окружающего ми-

ра, а также из ориентировки в месте и во времени. Сознание постоянно развивается и изменяется, однако при этом сохраняется его активная действенность, непрерывность и единство. Переживания настоящего и прошлого объединяются в одну непрерывную цепь, причем последним ее звеном оказывается переживание настоящего момента. В общем потоке сознания только небольшое количество представлений может освещаться с наибольшей ясностью, быть в центре сознания, как бы в его фокусе. Значительная часть представлений лишь на короткое время попадает в этот фокус или даже всю жизнь остается за порогом осознавания. Различают два состояния сознания: бодрствование и сон. Во время бодрствования активируется весь организм, что позволяет ЦНС воспринимать, сортировать и истолковывать сигналы, приходящие из реального мира, запоминать их или реагировать поведением, определяемым предшествующим опытом. Это состояние сознания позволяет приспосабливаться к окружающей действительности. Нормальное состояние сознания проявляется в способности расшифровывать стимулы, т. е. субъективно оценивать их, и отвечать на них так, как это делает большинство социальной группы, к которой принадлежит осознающий. Содержание сознания на 99% предопределено мыслями других людей, сформулированными предшествующими поколениями [Лилли Дж., 1980]. Чтобы лучше приспособиться к окружающей среде, человек повторяет их. Содержание сознания меняется в течение дня, оно зависит от степени эмоционального напряжения, уровня бодрствования и от готовности к восприятию раздражителей. По мере усиления активизации организма уровень бодрствования возрастает. Однако адаптация может ухудшаться и при чрезмерной активации, при серьезном эмоциональном возбуждении и снижении уровня бодрствования, при переходе ко сну.

Ясность сознания, как указывают Ж. Делей и П. Пишо, меняется в зависимости от семи уровней бодрствования.

1. *Аффективное сознание*, т. е. чрезмерное бодрствование, наблюдаемое в момент сильных эмоций. Осознавание внешнего мира слабое, внимание невозможно фиксировать, оно диффузное, изменчивое. Поведение недостаточно эффективное, плохо контролируемое. Оптимальная адаптация к внешнему миру невозможна. Биоэлектрическая активность мозга десинхронизирована, амплитуда разрядов средняя или низкая, отмечаются и быстрые частоты (13–26 Гц).

2. *Бодрственное сознание*, отличающееся избирательным вниманием, способным к гибким изменениям соответственно потребностям адаптации и к хорошей концентрации. Поведение эффективное, реакции быстрые и оптимальные для адаптации к среде. Биоэлектрическая активность мозга частично синхронизирована, волны, главным образом быстрые, низкой амплитуды.

3. *«Сознание с ослабленным вниманием»* характеризуется плохой концентрацией, легким возникновением свободных ассоциаций в мышлении, относительно плохим пониманием внешнего мира. Лучше осуществляется автоматическое поведение. Биоэлектрическая активность мозга синхронизирована, преобладает альфа-ритм (8–12 Гц).

4. *Легкая сонливость.* Внешние стимулы в этом случае проникают в сознание очень смягченными. Сознание заполнено преимущественно зрительными представлениями. Поведение нарушается, оно спорадическое, неупорядоченное во времени, с расстроенной координацией. В биоэлектрической активности мозга уменьшается представительство альфа-волн, изредка появляются медленные волны (4–7 Гц) низкой амплитуды.

5. *Поверхностный сон,* характеризующийся утратой осознавания практически всех внешних стимулов. Содержание сознания – образы сновидений. Биоэлектрическая активность мозга отличается либо исчезновением альфа-волн и появлением более быстрых с низкой амплитудой, либо наличием так называемых веретен.

6. *Глубокий сон* с полной утратой осознавания всех стимулов и отсутствием содержания сознания, которое можно было бы запомнить. Биоэлектрическая активность мозга – медленные (0,5–3 Гц) волны.

7. *Кома.* Содержания сознания нет. Моторные ответы либо чрезвычайно ослаблены, либо отсутствуют вовсе. Биоэлектрическая активность в форме нерегулярных медленных волн, имеющих тенденцию к изоэлектрической линии.

Представление об уровнях бодрствования, отражающих состояние сознания субъекта, может быть углублено введением понятия внутреннего мира. Р. Фишер (1975) трактует различные состояния сознания в континууме расслабление – медитация (когда сужается сознание) и в континууме восприятие – галлюцинация (когда сознание меняется под влиянием аффективного напряжения). Как указывает Д. Хебб (1955), активное сознание простирается от блуждающего до бодрствующего. В первом случае происходит отрыв от всякой связи с реальностью, во втором – доходящем до мистического экстаза – состояние сознания, обращенного вовнутрь, неподвижно и находится вне времени.

Этапы формирования сознания. Г. К. Ушаков (1973) формирование сознания у ребенка представляет в виде пяти этапов:

1) до 1 года – *бодрствующее сознание* – появляются первые элементы сознания, ребенок может оценивать приятную для него ситуацию. Возникают состояния сытого бодрствования;

2) от 1 года до 3 лет – *предметное сознание* – в это время главную роль играют непосредственные впечатления действительности, ребенок живет только в настоящем и не улавливает связи

между прошлым и будущим, не выделяет себя из окружающей среды, в его речи отсутствует местоимение «Я»;

3) от 3 до 9 лет – *индивидуальное сознание* – на этом этапе ребенок выделяет себя из окружающей среды, сознание собственного «Я» совершенствуется;

4) от 9 до 16 лет – *коллективное сознание* – появляются более дифференцированные представления о предметах действительности, о себе, о взаимоотношениях в коллективе, появляются отчетливые представления об объектах пространства, о связи переживаемых в прошлом событий с настоящим;

5) от 16 до 22 лет – *рефлексивное, высшее общественное, социальное сознание* – знания оцениваются и соотносятся с реальными событиями, сознание обеспечивает предвидение не только всего хода развития событий, но и последствий их.

РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ. Помрачением сознания называют такое его расстройство, при котором нарушается отражение реального мира не только в его внутренних связях (абстрактное познание), но и во внешних (чувственное познание), расстраивается непосредственное отражение предметов и явлений [Снежневский А. В., 1983].

Синдромы расстроенного сознания проявляются различно, однако имеются *общие признаки расстроенного сознания*, которые сформулированы К. Ясперсом (1913):

1) отрешенность от реального мира, выражающаяся в неотчетливом восприятии окружающего, затруднении фиксации или полной невозможности восприятия; нередко реальное отражено лишь в виде отдельных бессвязных фрагментов;

2) более или менее выраженная дезориентировка во времени, месте, окружающих лицах, ситуации;

3) нарушение процесса мышления в виде бессвязности с ослаблением или полной невозможностью суждений;

4) затруднение запоминания происходящих событий и субъективных болезненных явлений (воспоминание о периоде помрачения сознания очень отрывочно или совсем отсутствует).

Механизм расстройства сознания связан с нарушением переключения возбуждений с центрипетальных на центрифугальные пути, с расстройством регулирования процессов приспособления преимущественно из-за дисфункций в нервных структурах ретикулярной формации ствола мозга.

Различают пять групп *патологических состояний сознания*: 1) выключение сознания; 2) обеднение сознания; 3) сужение сознания; 4) помрачение сознания; 5) нарушение самосознания.

Припадки (пароксизмы) – внезапно развивающиеся, кратковременные состояния изменения ясности сознания, продолжающиеся в течение секунд или минут, реже часов и нередко сочетающи-

еся с судорожными или другими двигательными проявлениями. *Абсансы* – мгновенно (в течение нескольких секунд) протекающие выключения или угнетения сознания, в типичных случаях не сопровождающиеся никакими движениями или действиями, с последующей амнезией. Эти состояния наблюдаются при эпилепсии и органических поражениях головного мозга.

Оглушение – это такое нарушение сознания, при котором обедняется его содержание, повышается порог для всех внешних раздражителей, замедляется и затрудняется образование ассоциаций, восприятий и переработка впечатлений, окружающая обстановка не привлекает внимания, ориентировка неполная или отсутствует. Смысл обращенной речи понимается не сразу, с усилием, сложные вопросы не осмысляются, более простая информация понимается лучше. Больные отвечают с трудом, после паузы, односложно. Легче воспроизводятся автоматизированные навыки. Ослабляется запоминание, позже обнаруживаются пробелы в памяти. Расстройства восприятия и бредовые идеи отсутствуют. Движения замедленны, понижается активность, затормаживаются влечения. Отмечается благодушие или равнодушие, а также молчаливость и нередко безучастность. Выражение лица безразличное, тупое, мимика бедная, взгляд невыразительный. Период расстроенного сознания обычно забывается. Продолжительность – от минут до недель и иногда месяцев.

Обнубиляция – самая легкая степень оглушенности, прерываемая кратковременными периодическими прояснениями сознания. При этом реакции, в особенности речевые, замедляются, больные становятся рассеянными, невнимательными, появляются ошибки в ответах. Продолжительность – чаще минуты, но может быть и более длительной. Наблюдается при прогрессивном параличе, опухолях мозга.

Сомнолентность – состояние полусна, легкая степень оглушения, больной большую часть времени лежит с закрытыми глазами; несмотря на это вербальный контакт с больным возможен, ответы правильные, но даются после длительной паузы, преобладает механически-ассоциативное мышление. Ориентировка не полная. Сопровождается это расстройство частичной амнезией.

Сопор – патологический сон, средняя степень оглушенности. Больной неподвижен, глаза закрыты, мимика бедная, выражение лица сонливое, взгляд тусклый, невыразительный. Речевой контакт с больным невозможен. Иногда появляются бессмысленные движения. Из внешних раздражителей воспринимается лишь сильная боль, на которую больной реагирует недифференцированными защитными движениями. Реакции зрачков на свет, сухожильные и кожные рефлексы снижены. Завершается амнезией.

Кома – полная утрата сознания с отсутствием реакций на внешние раздражители.

Оглушение – проявление экзогенно-органической патологии, оно наблюдается при отравлении алкоголем, угарным газом и других расстройствах обмена веществ (диабете, печеночной, почечной недостаточности), черепно-мозговых травмах, опухолях мозга, сосудистых и других органических заболеваниях головного мозга. У детей это расстройство сознания встречается чаще других, в раннем возрасте, например, при токсических диспепсиях, воспалениях легких, дизентерии, мозговых инфекциях и других тяжело протекающих заболеваниях.

Делирий – помрачение сознания с возникновением на фоне ложной ориентировки наплывов ярких зрительных представлений и галлюцинаций, отрывочного бреда, бессвязного мышления, тревоги, страха, возбуждения, двигательного беспокойства, а иногда и болтливости. Продолжительность делирия – часы или дни. Интенсивность расстройства колеблется в течение суток, временами сознание проясняется, к вечеру же оно снова помрачается. Воспоминания о пережитом отрывочны. У детей делирии редуцированы и кратковременны (от нескольких минут до часов), протекают более легко либо в форме пугливости, слезливости при плохом засыпании и нарушенном сне с яркими устрашающими сновидениями и криками, либо в форме эпизодов резкого тревожного возбуждения, на фоне которых – яркие, но элементарные и отрывочные зрительные, реже тактильные и слуховые галлюцинации («крыса под кроватью», «черный дядька у двери», «большой медведь рядом», «мухи летают», «червячки по животу ползают», «паучки и жучки красненькие и зелененькие всюду»). В промежутках между наплывами этих состояний дети относительно спокойны. Ночью состояние утяжеляется, однако глубина помрачения сознания колеблется. Дети правильно оценить пережитое не могут. Чаще всего эти расстройства наблюдаются при отравлениях некоторыми лекарствами (атропин), алкогольных и других интоксикационных психозах, а также при психозах, возникающих в связи с соматическими и инфекционными заболеваниями.

Онейроид – сновидное (грезоподобное) помрачение сознания, проявляющееся в сценических, фантастических, сказочных переживаниях, переплетающихся с иллюзорно воспринимаемой реальностью, которая толкуется бредовым образом. Больной оказывается сторонним наблюдателем, а не участником воображаемых ситуаций. Продолжительность – несколько недель или месяцев. Завершается амнезией. У детей чаще встречается неразвернутый онейроид, проявляющийся растерянностью, иллюзиями, обознаваниями, с частичной сохранностью или двойной ориентировкой, при которой больной утверждает, что он и у себя дома, и одновременно где-то в другом месте. Наблюдается при шизофрении, экзогенно-органических психозах.

Аменция (спутанность) – глубокое нарушение сознания с распадом и обеднением психики, с неспособностью осмыслить ситуацию в целом, с дезориентировкой в собственной личности. Имеют место отрывочные галлюцинации, бред и бессвязное мышление. Нарушается анализ и синтез познания внешнего мира. Отмечаются растерянность, аффект недоумения, диссоциация аффективности и отсутствие содержания переживаний. Блуждающий взгляд, бессвязные действия и иногда двигательное возбуждение. Аменция продолжается в течение нескольких недель или даже многих месяцев. При прояснении сознания никаких воспоминаний не остается. Наблюдается при длительных соматогенных, инфекционных психозах и некоторых энцефалитах.

Астеническая спутанность – изменчивое, колеблющееся в своей интенсивности помрачение сознания: от растерянности и бессвязности до состояния, при котором возможно установление поверхностного контакта. Меньшая глубина нарушения сознания и его мерцание отличают это расстройство от аменции. Продолжительность – несколько недель. По выходе из расстроенного сознания – фрагментарная амнезия. Встречается при постинфекционных и послеродовых психозах. У детей может быть при постинфекционных (гриппозных) психотических расстройствах.

Сумеречное состояние сознания – кратковременное сужение сознания на ограниченном круге переживаний, при котором поведение обусловливается не всей обстановкой, а лишь отдельными ее деталями, воспринимаемыми искаженно, и состоит либо из проявлений расторможенного агрессивно-оборонительного инстинкта, либо из привычных автоматизированных действий (бег, ходьба, жевание, глотание). Разновидности сумеречного состояния:

а) *амбулаторный автоматизм* – отключение от реальности, грубая дезориентировка, ограничение спонтанной речи, непроизвольное блуждание или сохранение способности к упорядоченному поведению;

б) *транс* – кратковременное состояние амбулаторного автоматизма;

в) *сомнамбулизм (лунатизм)* – амбулаторный автоматизм, возникающий во время сна. При этом ребенок с закрытыми глазами встает, заходит в туалет, на кухню, одевается, выходит за пределы квартиры, не отвечая на вопросы;

г) *эпилептическое сумеречное состояние* – отключение от реальности с искажением восприятия окружающего яркими, цветными, сценоподобными галлюцинациями (нередко устрашающими: погоней, надвигающимся автомобилем, прыгающим зверем), бредом преследования, физического уничтожения, а также гневом или страхом. Угрожающие слова и агрессия или разрушительные действия обычно отражают эти болезненные переживания.

Для всех разновидностей сумеречного состояния характерны внезапное начало, продолжительность – от нескольких часов до 1–2 недель, критическое окончание и полная амнезия. Все разновидности этого расстройства чаще встречаются у детей, чем у взрослых, при этом у младших детей они рудиментарнее, короче, а двигательные расстройства преобладают над психическими. Сумеречные состояния наблюдаются при травматических повреждениях головного мозга в остром и отдаленном периодах, при органических заболеваниях головного мозга: нейроревматизме, нейросифилисе, опухолях, эпилепсии. Острые психогенные истерические психозы могут также проявляться сумеречными расстройствами, но их симптоматика – это, как правило, регресс на более ранние этапы развития личности, больные как бы впадают в детство (псевдодеменция, пуэрилизм). При этом может отмечаться сочетание детскости (речи, эмоций и моторики дошкольника), дурашливости, мнимого снижения уровня интеллектуальной деятельности с привычками и опытом взрослого.

РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ И КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

Как правило, расстройство сознания – проявление серьезного психического расстройства, препятствующего посещению детей дошкольных и школьных учреждений, так как требует безотлагательного лечения. Однако кратковременные выключения сознания (абсансы, другие пароксизмальные расстройства сознания) могут редко, но неоднократно у того или иного ребенка возникать во время уроков или в свободное время и требовать от педагога принятия решения об оказании помощи. Даже очень кратковременные выключения сознания (малые припадки) могут серьезно повлиять на внимание, запоминание, а также на психическую и физическую активность ребенка, на его продуктивность. Прояснение сознания и восстановление деятельного бодрствования после его нарушения может затянуться на многие часы, а иногда и дольше. В это время ребенок остается оглушенным и не может наравне со всеми участвовать в занятиях и играх. Иногда после расстройства сознания может возникнуть серьезное нарушение настроения (дисфория), которое, скорее всего, проявится отклонениями в поведении. Таким образом, педагогу для успешного осуществления своих обязанностей очень важно уметь распознавать не только кратковременные выключения сознания, но и учитывать возможность более продолжительного изменения ясности сознания и продуктивности ребенка. Обнаружив у ребенка описанные проявления, педагогу следует проинформировать родителей и посовето-

вать им обратиться к психоневрологу. Во время занятий или игр у того или иного ребенка, получившего травму головы, может возникнуть нарушение сознание. Это расстройство потребует немедленной помощи медицинского персонала. При острых отравлениях грибами, пищевыми, бытовыми или лекарственными веществами, а также в случаях интоксикаций ингаляциями летучими растворителями, бензином и т. п. или алкоголем, а также наркотиками требуется не только экстренная помощь, но и последующее лечение.

? *Тест для самостоятельной работы*

1. Оглушение — это:

а) обеднение сознания, повышение порога для раздражителей, замедление и затруднение образования ассоциаций, неполная или отсутствующая ориентировка;

б) помрачение сознания с ложной ориентировкой, зрительными галлюцинациями, бредом, бессвязным мышлением, тревогой, двигательным беспокойством;

в) внезапно развивающееся, кратковременное состояние изменения ясности сознания.

2. Делирий — это:

а) обеднение сознания, повышение порога для раздражителей, замедление и затруднение образования ассоциаций, неполная или отсутствующая ориентировка;

б) помрачение сознания с ложной ориентировкой, зрительными галлюцинациями, бредом, бессвязным мышлением, тревогой, двигательным беспокойством;

в) сновидное помрачение сознания со сценическими фантастическими переживаниями, толкуемыми бредовым образом.

3. Онейроид — это:

а) помрачение сознания с ложной ориентировкой, зрительными галлюцинациями, бредом, бессвязным мышлением, тревогой, двигательным беспокойством;

б) сновидное помрачение сознания со сценическими фантастическими переживаниями, толкуемыми бредовым образом;

в) глубокое нарушение сознания с распадом психики, неспособностью осмыслить ситуацию, дезориентировкой в собственной личности.

4. Аменция — это:

а) помрачение сознания с ложной ориентировкой, зрительными галлюцинациями, бредом, бессвязным мышлением, тревогой, двигательным беспокойством;

б) глубокое нарушение сознания с распадом психики, неспособностью осмыслить ситуацию, дезориентировкой в собственной личности;

в) колеблющееся в своей интенсивности помрачение сознания, при котором временами возможно установление контакта.

5. Астеническая спутанность — это:

а) глубокое нарушение сознания с распадом психики, неспособностью осмыслить ситуацию, дезориентировкой в собственной личности;

б) колеблющееся в своей интенсивности помрачение сознания, при котором временами возможно установление контакта;
в) кратковременное сужение сознания, при котором поведение обусловливается лишь отдельными деталями обстановки.

6. Сумеречное состояние — это:
а) колеблющееся в своей интенсивности помрачение сознания, при котором временами возможно установление контакта;
б) кратковременное сужение сознания, при котором поведение обусловливается лишь отдельными деталями обстановки;
в) полная утрата сознания с отсутствием реакций на внешние раздражители.

7. Кома — это:
а) полная утрата сознания с отсутствием реакций на внешние раздражители;
б) патологический сон с невозможностью речевого контакта и наличием лишь реакции на боль;
в) кратковременное сужение сознания, при котором поведение обусловливается лишь отдельными деталями обстановки.

♦ Темы для самостоятельной работы

1. Характеристика нормального сознания. 2. Причины нарушения сознания. 3. Виды расстройств сознания. 4. Онейроид и делирий. 5. Разновидности оглушения и их этиология. 6. Диагностическое значение расстройств сознания. 7. Пароксизмальные расстройства сознания. 8. Аменция и астеническая спутанность — этиология и диагностика. 9. Особенности расстройств сознания у детей.

Рекомендуемая литература к главам 6–13

Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е. Общая психопатология.— Ростов-на-Дону: Феникс, 1998.

Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов.— Воронеж: Модек, 1995.

Гиляровский В. А. Психиатрия.— М., 1954.

Гурьева В. А., Семке В. Я., Гиндикин В. Я. Психопатология подросткового возраста.— Томск: ТГУ, 1994.

Демьянов Ю. Г. Психопатология детского возраста.— СПб.: ЛОИУУ, 1993.

Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков.— М.: Медицина, 1985.

Личко А. Е. Подростковая психиатрия.— Л.: Медицина, 1985.

Руководство по психиатрии/ Под ред. Г. В. Морозова. В 2 т.— М.: Медицина, 1988.

Руководство по психиатрии/ Под ред. А. В. Снежневского. В 2 т.— М.: Медицина, 1983.

Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста/ Под ред. С. Ю. Циркина.— СПб.: Питер, 1999.

Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста.— М.: Медицина, 1955.

Ушаков Г. К. Детская психиатрия.— М.: Медицина, 1973.

Глава 14
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ В МЛАДЕНЧЕСКОМ И РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

Нормальное развитие ребенка и формирование успешно действующих защитных механизмов возможно лишь при хорошем приспособлении к социальной среде. В этом основополагающую роль играет привязанность или чувство любви, возникающее между младенцем и его матерью. Сформировавшаяся эмоциональная связь между матерью и ребенком побуждает его искать у родительницы защиты при любом проявлении опасности, осваивать под ее руководством все необходимые навыки, без чего у него не разовьется необходимое для жизни чувство безопасности и уверенности в своих возможностях.

К сожалению, существуют препятствия, которые могут помешать матери правильно воспитывать ребенка. Установление глубокой эмоциональной связи между матерью и ребенком может затрудняться незрелостью чувств и характера матери, ее неуравновешенностью. Естественно, что ее социальная и психологическая неподготовленность к осуществлению обязанности матери не позволит ей создать положительную эмоциональную среду, столь необходимую для формирования глубокой привязанности между матерью и ребенком. Психологическое состояние современных матерей, имеющих детей до 3 лет, далеко от стабильности. В одном из исследований было показано, что 40% из них конфликтуют с мужьями, 35% недовольны своей работой, 30% испытывают страх одиночества. У половины из этих матерей ребенок оказался нежеланным, а у трети – после рождения ребенка ухудшились отношения с супругом. В результате нежеланные дети отстают по своим показателям психомоторного развития и способностям адаптации к социальному окружению. Еще больше трудностей появляется, если мать страдает неврозом или депрессией. Способность реагировать на потребности ребенка требует значительных психических и физических ресурсов, которых у депрессивных женщин недостаточно. Полагают, что число таких матерей значительно и колеблется между 26 и 40%. Наиболее частым последствием воспитания депрессивными матерями оказывается нарушение взаимоотношений в диаде, приводящее в дальнейшем к измененному эмоциональному реагированию: эмоциональной неустойчивости, страхам, высокой сепарационной тревожности. Все эти расстройства в большинстве случаев у детей раннего возраста проявляютсяömати-

ческими, а по существу, психосоматическими расстройствами: нарушениями сна, пищевого поведения, болевыми симптомами и т. д.

Уровень болезненности детей в возрасте старше 3 лет в 1,5 раза выше, чем у младших детей (9,6% до 3 лет и 13% старше). Те же показатели и в других странах (Дания, Великобритания, Швейцария). Так, по английским материалам, психическая патология детей раннего возраста составляет 6–15%. Пораженность мальчиков в 1,5–2 раза выше, чем у девочек. Исключение составляют первые два года. Проспективное изучение младенцев обнаружило детей высокого риска возникновения психических расстройств. К ним относят детей с явлениями предболезни или предрасположения (диатеза) к развитию психической патологии. Такая группа составляет 32,1% от популяции детей. Она не зависит от пола и возраста. Средние показатели психической заболеваемости (впервые заболевших за год) в популяции раннего возраста – 2,1% (по группе риска – 4,7%, по группе нормы – 0,9%). При этом дети в первом возрастном кризе отличаются наиболее высокой заболеваемостью (2,5%). В последующих возрастах (4–6 лет) заболеваемость становится меньше (1,9%). Показатели здоровья ниже во время возрастного криза (0,6%), они повышаются в последующие годы (2,8%).

Число детей раннего возраста, подверженных риску, составляет в среднем 33,5%, причем эти данные практически одинаковы в разных странах.

Распространенность пограничных психических расстройств – 6,9%, шизотипический диатез – 1,6%, двигательные расстройства – 0,5%, нарушения умственного развития – 2,2%, пароксизмальные синдромы – 0,3–0,6%, психозы – 0,3%, невропатия – 0,9%, соматовегетативные расстройства – 3,4%, депрессивные реакции – 0,6% [Козловская Г. В., 1995].

Клиническая картина. Оценка психического состояния производится последовательно. Описание состояния во время бодрствования включает особенности активности: ее степень, темп и частоту двигательных проявлений. Отмечаются реакции ребенка на новые стимулы и ситуации (пищу, игрушки, людей и др.), способность привыкнуть к изменению окружения, интенсивность этого реагирования. Учитывается порог чувствительности к внешним стимулам. Прослеживается качество настроения: количество положительных и отрицательных эмоций. Принимается во внимание отвлекаемость, т. е. то, как внешние раздражители влияют на поведение ребенка, как изменяют его. Оцениваются объективные отношения в диаде «мать–дитя», анализируются контакты с другими членами семьи и детьми. Отмечаются индивидуальные особенности поведения ребенка, а также черты характера. Собираются также характеристики сна ребенка и его нарушений. Оценива-

ется длительность и глубина сна, его периодичность, инверсии, нарушения засыпания и пробуждения, движения во сне и пароксизмальные явления во сне, а также изменения сна под влиянием различных обстоятельств.

Специально обращается внимание на соматовегетативные проявления: аппетит, процесс пищеварения, жевание, глотание, избирательность в еде, отказ от новой пищи, боязнь ее, особенности ритма и глубины дыхания, состояние сердечно-сосудистой системы и т. д.

Локомоторика на 1-м году жизни оценивается по степени выраженности врожденных двигательных автоматизмов, срокам редукции (исчезновения) безусловных рефлексов и формирования цепных установочных реакций. О сохранности двигательных функций в возрасте от 1 до 4 лет судят по регуляции движений, статической, динамической координации, скорости движений.

При исследовании неврологического состояния обращается внимание на функции глазодвигательных нервов, мимику, мышечный тонус, походку, осанку, позы ребенка, жестикуляцию. Выявляются парезы, гиперкинезы, двигательные стереотипии, навязчивости, диспраксии.

Психосоматические расстройства у младенцев встречаются достаточно часто, так как малыш в этом возрасте реагирует на трудные обстоятельства почти исключительно органами и системами тела. В этом периоде жизни полностью еще не сформировались механизмы личности, способные ответить на стресс психопатологическими симптомами. Проявления психосоматических расстройств у детей раннего возраста разнообразны. Часть этих расстройств представляют моносимптомные нарушения (младенческая колика, метеоризм, регургитация, срыгивание, аэрофагия), другие сложнее по своей клинической картине (анорексия, синдром нарушения развития неорганического генеза, сепарационная тревога), так как представляют уже совокупность симптомов. Третьи, по-видимому, являются началом расстройств, которые полностью сформируются в последующие периоды жизни (невропатия). Однако всех их объединяет то, что среди этиологических факторов наиболее весомый — эмоциональное напряжение, возникшее вследствие трудных для ребенка обстоятельств. Диагностика этих расстройств, как правило, нелегка, что связано с их относительно неяркой и бедной симптоматикой, а также с тем, что возникающие соматические нарушения могут практически не отличаться от аналогичных нарушений, но другого происхождения. Для того чтобы избежать ошибок в их распознавании, приходится не полагаться только на клинические исследования, но и использовать психологический и социально-психологический анализ случая. Здесь приводится большая часть встречающихся в обсуждаемом возрасте психосоматических расстройств. Помимо описываемых

ниже, к соматическим расстройствам, вызываемым стрессами, относят также приступы нарушения дыхания, яктацию (ритмичное раскачивание тела или головы), спастический плач, нарушения сна, раннюю бронхиальную астму, «внезапную смерть младенца».

Младенческая колика (колика трехмесячного ребенка). В первые 3—4 месяца жизни у ребенка могут внезапно появляться приступы с сильными криками, явно связанные с физической болью и переживаниями дисстресса. Как правило, эти приступы возникают во второй половине дня без очевидной причины и продолжаются от нескольких минут до нескольких часов. Они наблюдаются как при грудном, так и при искусственном вскармливании. У 2/3 детей колики начинаются еще в родильном доме. В 85% случаев эти симптомы наблюдаются уже в первые две недели жизни. Средняя их продолжительность 9,5 недели. Как правило, эти расстройства у детей исчезают к концу 3-го или 4-го месяца. Колики проявляются продолжительным громким криком, плачем, покраснением лица, двигательным беспокойством, во время которого ребенок то сильно прижимает нижние конечности к животу, то энергично разбрасывает их. Во время такого приступа напрягаются мышцы всего тела, закрываются глаза, кожа лба наморщивается, отмечаются срыгивания, вздутия живота.

Аэрофагия. При этом расстройстве у жадно сосущих детей происходит заглатывание воздуха. Воздух может проходить в желудок или оставаться в пищеводе и вызывать ощущение давления. Иногда воздух вырывается с громким звуком изо рта (отрыжка) или проходит через кишечник и выходит из прямой кишки. В отличие от обычно поглощаемого небольшого количества воздуха в процессе еды при аэрофагии воздух заглатывается безотносительно к приему пищи или жидкости. Поступление больших количеств воздуха может привести к растяжению желудка, что нередко осложняется нарушениями ритма дыхания, сильными болями и рвотой. Отрыжка чаще наблюдается у девочек, чем у мальчиков.

Срыгивания. Извержение относительно небольших количеств пищи, поступившей во время кормления, называется срыгиванием. Наиболее часто оно наблюдается в возрасте 4—18 месяцев в связи с чрезмерным расширением желудка из-за попадания воздуха в процессе жадного заглатывания пищи, быстрого сосания при слишком большом или слишком малом количестве высасываемого молока. О привычном срыгивании приходится думать в тех случаях, когда при отсутствии нарушений техники кормления отмечается беспокойство, сосание пальцев, нарушение сна, плаксивость и др.

Регургитация (жвачка, мерицизм). При этом расстройстве переваренная пища несколько раз отрыгивается, а затем многократно жуется. При нормальном жевании, отличающемся от мерицизма, пища уходит изо рта ребенка легко, без предварительных усилий. В то же время при жвачке отрыгивание, пережевывание и

повторное проглатывание пищи происходит без тошноты и чаще всего как приятный для ребенка процесс. Это видно из того, что ребенок это делает охотно. Нередко ребенок для того, чтобы изрыгнуть пищу, глубоко засовывает палец в глотку или устанавливает в виде желоба язык при широко открытом рте. Большинство детей, отрыгивающих значительное количество пищи из желудка и пытающихся затем ее вновь проглотить, выплевывают часть содержимого желудка, попавшего в рот, в результате появляется риск недоедания. Развивающаяся вследствие регургитации гипотрофия может привести к значительной потере массы тела и даже к смерти. У пассивных детей, незаметно теряющих килограммы массы тела, это не замечается вовремя, и ребенок оказывается в угрожаемом положении. Если еще и их матери недостаточно внимательны, то положение усугубляется еще больше. Гиперактивные дети могут истощаться вследствие регургитации не меньше. Докармливание младенцев после рвоты нередко приводит к возобновлению жвачки. Это относительно редкое явление и наблюдается почти исключительно в течение первых двух лет жизни.

Потеря младенцем массы тела. Недостаток прибавки массы тела (синдром нарушения развития неорганического генеза) — состояние, во время которого масса тела младенца резко уменьшается без каких бы то ни было проявлений заболевания. Наиболее часто это расстройство начинается в 3—12 месяцев. Отставание прибавки массы тела по мере роста малыша сочетается со многими признаками недостаточной эмоциональной и/или сенсорной депривации, а также истощения при достаточном поступлении пищи. Описываемое явление связывают с недостаточной заботой и пренебрежением ребенком, понимаемых в самом широком смысле слова. Чаще имеет место не столько отвержение ребенка, сколько нарушение взаимоотношений между ним и его матерью. Иногда постоянное притеснение и побои малыша приводят к остановке его физического развития. Это случается тогда, когда родители пытаются разрешить свои житейские трудности, связанные с их алкоголизмом, эмоциональными расстройствами или бедностью, вымещая свое недовольство судьбой на ребенке. Причиной переживаний у матерей обычно бывают нескладывающиеся отношения с отцами их детей, бытовая неустроенность, болезни близких и т. д. Никакими медицинскими средствами у младенцев не удается увеличить массу тела. Отсутствие соматических нарушений органического генеза у младенцев и обнаружение тревожных или депрессивных состояний у матерей позволяет констатировать эмоциональные нарушения в диаде. В этих случаях нормализация в психосоматической системе «мать—дитя» достигается посредством психотерапевтического воздействия на матерей при стабилизации у них аффективного состояния.

Нервная младенческая анорексия. Отсутствие аппетита встречается у 76,1% младенцев с нарушениями пищевого поведения психосоматического происхождения. Частые беспорядочные кормления, однообразная пища, принуждение к кормлению могут вызвать у ребенка снижение и даже утрату влечения к пище или ее отвержение. Нарушения аппетита нередко возникают у младенцев с невропатическими проявлениями: чрезмерно подвижных, с нарушениями ритма сна-бодрствования, раздражительных и плаксивых. Если эти дети воспитываются неправильно, оказываются оторванными от матери или переносят какой-либо другой стресс, у них может возникнуть отказ от груди или искусственного кормления. При активном отказе ребенок отворачивает голову в сторону от груди или от бутылочки с молоком, не открывает рот, не сосет, не глотает. Новая пища принимается с недоверием или даже с протестом. При этом часто плохо жует, требует, чтобы всегда кормил один и тот же человек и в неизменных условиях. Пассивный отказ проявляется отвращением к той еде, которую ему предлагают, требует необычную для своего возраста пищу. Психогенная анорексия — довольно частое явление у младенцев. Существует несколько форм нарушений пищевого поведения у них. Отвержение пищи может зависеть от времени ее приема, вида или состава предлагаемой пищи, а также от того, кто кормит ребенка. Некоторые дети, утрачивая аппетит в трехмесячном возрасте, страдают в продолжение всего дошкольного периода.

Поедание несъедобного (извращение аппетита, симптом пика). Этот симптом характеризуется повторяющимся поеданием несъедобных предметов (как минимум 1 раз в месяц) и отсутствием каких-либо психических расстройств, которые могли бы вызвать это нарушение пищевого поведения (детский аутизм, шизофрения, умственная отсталость). Обычно начинается на втором-третьем году жизни, но может встречаться и во втором полугодии. Младенцы тянут в рот ворс с одежды, волосы. Старшие дети употребляют в пищу несъедобные вещества: фекалии животных, окурки, насекомых, песок, гальку, уголь, глину, золу, краску, землю, бумагу, штукатурку, сор. Большинство детей без расстройств пищевого поведения тянут в рот многие несъедобные предметы, но почти никогда они не глотают их или делают это редко. Чаще всего это дети, лишенные достаточного ухода, отстающие в развитии, слабовидящие, т. е. те, кто не способен разобраться в том, что можно есть. Обычно этот симптом безвреден, но иногда он приводит к серьезным последствиям. Поглощение краски может привести к отравлению. Свалявшиеся мотки шерсти могут вызвать кишечную непроходимость. Дыхательная непроходимость может возникнуть при попадании мелких частиц в дыхательные пути. Поглощение фекалий может стать причиной токсоплазмоза. Так как выраженное извращение аппетита встречается, как правило, у отвергаемых ро-

дителями детей, воспитывающихся без соответствующего присмотра в дисгармоничных семьях, они часто худы, бледны и страдают желудочно-кишечными расстройствами. Симптом пика часто наблюдается у тяжело умственно отсталых детей и продолжается в течение дальнейшей жизни. Сохранение этого симптома у детей с нормальным психическим развитием после 4 лет – свидетельство глубоких поведенческих нарушений или даже тяжелого заболевания.

Тучность. Существует точка зрения, что тучные дети не способны переживать чувство удовлетворения от еды. Они лишены жадного стремления к пище, но принуждают себя есть почти насильственно, чтобы достичь чувства уверенности, прочности и устойчивости. Для тучных это означает наполнить себя, а постоянное поглощение пищи имеет подсознательный смысл защиты от саморазрушения. Основная фантазия ребенка – необходимость поддержать себя. Защитные механизмы, приводящие ребенка к ожирению, являются имитирующими механизмами, скрывающими стремление к всемогуществу. Для младенца, который позже станет тучным, отделение его от матери при отлучении от груди означает потерю части себя. Сохранение же связи с матерью позволяет не утратить ни одной части своего «Я» и таким образом предотвратить калечение. Переедание – это попытка ребенка воссоздать непрочную или разрушающуюся связь со значимой фигурой.

Запор. Запор встречается примерно у 7% детей и несколько чаще у девочек, чем у мальчиков. Задержка стула приводит к тому, что малыш во время дефекации сильно напрягается и часто испытывает боль. При обследовании живота кал прощупывается в виде твердых круглых образований, чаще всего в его левой нижней части. Нередко отмечаемые при этом расстройстве колики в животе во время дефекации свидетельствует о спазмах кишечника. Чаще всего другие симптомы отсутствуют. Однако иногда могут быть растяжение желудка, дискомфорт и беспокойство или апатия, ощущения озноба и головная боль. Начало обычно в раннем возрасте. Почти в 40% случаев матери датируют начало запора в младенчестве или в раннем дошкольном возрасте.

Энкопрез (недержание кала). Непроизвольное выделение кала может появиться у детей в возрасте, когда контроль за функционированием анального сфинктера уже должен был сформироваться. К возрасту 4 лет энкопрез должен оцениваться как расстройство функций, а не вариант развития или неправильного воспитания. Недержание может быть постоянным или появляться как элемент регрессии, т. е. поведения, соответствующего младшему возрасту и появляющемуся при тяжелых заболеваниях. В 25% случаев в основе недержания кала лежат психогенные факторы. Энкопрез обычно связывают с недостатком родительской любви, отрывом от матери, с доминирующей придирающейся

матерью и сверхтребовательными родителями. У некоторых детей, впервые помещенных в стационар, круглосуточные ясли, детский сад, детский дом, может развиться недержание кала, однако оно обычно прекращается после привыкания ребенка к новому окружению.

Сепарационная тревога. Проявляется постоянным беспокойством ребенка по поводу его «возможного» отделения от матери или другого лица, к которому он наиболее тесно привязан. Выражается сепарационная тревога в страхе исчезновения этого человека, боязни быть потерянным, или похищенным. Возникают вспышки раздражения с плачем, требованиями не покидать его, не оставлять одного дома. Дети боятся выходить из дома, расставаться с семьей. Во всех случаях имеют место симптомы соматических расстройств: нарушается сон, появляются головные боли, тошнота, рвота, нарушается аппетит, отмечается потеря массы тела.

Невропатия – недостаточность вегетативной регуляции конституционального или рано приобретенного происхождения. Это расстройство возникает у благополучных до развития заболевания детей. Начало обычно с 2—3-летнего возраста. Симптоматика складывается из расстройств сна, общей возбудимости, желудочно-кишечных расстройств, нарушений инстинктивной деятельности. Позже появляются различные страхи, реакции пассивного протеста, невротические реакции в ответ даже на незначительные трудности и соматические недомогания. Эти дети отличаются очень выраженной привязанностью к матери, затруднением общения с другими людьми, необычной тормозимостью в новой обстановке. Они плохо включаются в ситуацию, не очень активны при контактах, тихо отвечают, а то и вовсе отказываются от общения. Двигательная активность при тестовых нагрузках легко затормаживается, движения становятся неловкими. В то же время никаких неврологических симптомов у них не обнаруживается. Коэффициент психического развития без отклонений.

Органическая, или резидуальная, невропатия – сочетание невропатической и резидуально-неврологической симптоматики. Проявления этого синдрома обнаруживаются сразу после рождения и обостряются при соматических заболеваниях и психогениях (житейских трудностях). Невропатическая симптоматика зависима от неврологических нарушений, она груба и монотонна. На 2-м году жизни и позже на первый план выходят признаки церебрастенических и гипердинамических состояний. Эти дети легко вступают в контакт, но интереса к ситуации не проявляют, их деятельность недостаточно целенаправленна, они отвлекаемы, отличаются плохой работоспособностью, сочетающейся с быстрым насыщением и истощаемостью. Психические процессы этих детей инертны. Исправить их поведение и деятельность можно лишь на короткое

время. У них нередко отмечается задержка развития речи. Психическое развитие чаще всего на уровне низкой нормы.

Смешанная форма расстройств – сочетание невропатической симптоматики с *энцефалопатией* (последствиями органического поражения ЦНС) легкой или средней тяжести. Невропатические проявления возникают с рождения, но их выраженность не зависит от степени тяжести органических нарушений. Обычно последние наблюдаются у всех детей (дрожание конечностей, подбородка, умеренное увеличение объема головы, замедление закрытия большого родничка, оживление и задержка рефлексов раннего возраста, нарушение мышечного тонуса и т. д.). У старших детей симптомы энцефалопатии – главным образом в форме неполной компенсации явлений внутричерепной гипертензии (повышенного внутричерепного давления). У этих детей рано появляются робость, застенчивость, вялость и одновременно противоположные симптомы – требовательность, капризность, негативизм, эгоцентризм. Они легко вступают в контакт, не обладают чувством дистанции, нередко оказываются назойливыми. Их трудно привлечь к игре или другому типу деятельности, они делают только то, что им нравится, плачут, когда их хотят переключить на другое занятие. У них очень рано могут появиться аффективно-респираторные судороги, а в дальнейшем патохарактерологические реакции. Психическое развитие этих детей – в пределах низкой и даже высокой нормы.

Невротические расстройства. Как правило, они возникают на фоне практического здоровья в 6–7-месячном или реже в 3–4-месячном возрасте. Среди проявлений этих расстройств – нарушения соматовегетативной регуляции и поведения. Дети пугливы, плаксивы, чрезмерно привязаны к матери. Боятся новых лиц и игрушек. Они страдают нарушениями сна, расстройствами желудочно-кишечного тракта, склонностью к быстрой утомляемости и реакциям протеста. Двигательные и речевые нарушения у них появляются крайне редко. Поведенческие нарушения нестойкие, они возникают у гармонично развивающихся детей. Их психическое развитие оценивается как высокая норма.

Реакции активного и пассивного протеста, отказа и имитации. В одних случаях это отказ от груди, в других – «аффективно-респираторные закатывания» (после 6 мес.), двигательная расторможенность (после 1 года), отказы от притязаний (1,5–2 года), «присвоение» имени, пола и манеры поведения брата или сестры (1,5–2 года).

Синдром гиповозбудимости. Снижение двигательной и психической активности, которые всегда ниже его возможностей. Синдром характеризуется высоким порогом и длительным латентным периодом всех рефлекторных и произвольных реакций. При этом нередко наблюдаются мышечная гипотония, гипорефлексия

(снижение рефлекторных реакций), замедление переключаемости нервных процессов, эмоциональная вялость, низкая мотивация и слабость волевых усилий. Эпизодическое возникновение этих явлений соматогенного происхождения, т. е. связано с тяжелыми соматическими болезнями. Стойкие симптомы могут быть связаны с типом высшей нервной деятельности, недоношенностью, последствиями асфиксии, внутричерепной родовой травмы. У этих детей в более поздние сроки возникают эмоциональные мимические реакции. Улыбка появляется после 8–9 недель. Во время бодрствования ребенок вялый, пассивный, ориентировочные реакции возникают преимущественно на сильные раздражители. Комплекс оживления проявляется рудиментарно. Слабо выражены активные отрицательные эмоции.

Синдром гипервозбудимости. Для него характерны двигательное беспокойство, эмоциональная лабильность, нарушения сна, усиление врожденных рефлексов, повышенная рефлекторная возбудимость, тенденция к патологическим движениям и снижение порога судорожной готовности. Он наблюдается у детей с перинатальной патологией, ферментопатиями (болезнями обмена веществ), врожденной детской нервностью и минимальной мозговой дисфункцией. Обнаруживается отставание формирования произвольного внимания, дифференцированных двигательных и психических реакций. У них выражен познавательный интерес к окружающему, при сильных эмоциях могут возникнуть диффузные двигательные реакции. Все реакции возникают быстро и также быстро угасают. Дети находятся в постоянном движении, однако манипулятивная исследовательская деятельность и подражание развиты слабо. Они эмоционально лабильны, легко пугаются при встрече с незнакомыми людьми, активно при этом протестуя.

Гипертензионно-гидроцефальный синдром. Он может быть преходящим или постоянным. Отмечается увеличение черепа (более чем на 2 сигмы), расхождение черепных швов, выбухание и увеличение большого родничка, иногда открытие малых и боковых родничков, расширение венозной сети, возможны изменения на глазном дне. Поведение детей отличается возбудимостью, раздражительностью, крикливостью. Сон поверхностен и прерывист. При преобладании явлений гидроцефалии отмечаются вялость, сонливость, анорексия, срыгивания, уменьшение массы тела. Имеют место симптом «заходящего солнца», косоглазие, горизонтальный нистагм. Состояние мышечного тонуса зависит от преобладания гипертензии (гипертония) или гидроцефалии (вначале гипотония). Сухожильные рефлексы могут быть высокими. Часто отмечается тремор (дрожание), реже – судорожные явления. Для диагностики важно изучение давления спинномозговой жидкости, использование ЭхоЭГ, краниографии, пневмоэнцефалографии, радиоизотопной сцинтиграфии, компьютерной томографии.

Судорожный синдром. Он может возникнуть на фоне уже имеющихся неврологических нарушений или явиться первым симптомом поражения мозга. Чаще это – генерализованные фрагментарные, очаговые клонические припадки или миоклонические судороги. Этиология этого синдрома у новорожденных – наследственные нарушения обмена аминокислот, углеводов, липидов, витаминов, аномалии развития мозга, гипоксия, родовая травма, нейроинфекции. В грудном возрасте могут возникнуть генерализованные судороги, они нередко сопровождаются вегетативными симптомами. Наблюдаются также парциальные судороги, абсансы (относительно редко), приступы миоклонического типа (инфантильные спазмы). Эти пароксизмы протекают серийно и имеют злокачественное течение, вызывая глубокую умственную отсталость. Причина этих синдромов – органическое поражение нервной системы, болезни обмена, факоматозы, лейкодистрофии, нейроинфекции, поствакцинальные осложнения. В этом возрасте возможны фебрильные судороги, возникающие при подъеме температуры во время ОРВИ, гриппа, отита, пневмонии.

Аффективно-респираторные судороги (приступы мгновенного выключения сознания во время плача), возникающие в связи с бурным эмоциональным разрядом, отмечаются чаще в возрасте 7–12 мес. Диагноз судорожного синдрома может быть уточнен проведением биохимических исследований крови и мочи на содержание кальция, калия, натрия, фосфора, глюкозы, пиридоксина, аминокислот, спинно-мозговой пункции, ЭЭГ.

Синдром вегетативно-висцеральных дисфункций. Проявлениями этого синдрома могут быть нарушения функций желудочно-кишечного тракта, сердечной деятельности, дыхания, терморегуляции. Они сопровождаются нарушениями сна, повышенной возбудимостью, эмоциональной лабильностью, склонностью к реакциям страха. Этот синдром нередко сочетается с любыми вышеописанными синдромами.

Синдром врожденного и рано приобретенного слабоумия. Признаками этого синдрома являются отсутствие дифференцированного зрительного и слухового восприятия, избирательных эмоциональных реакций и интегративных форм нервно-психической дятельности. В клинической картине преобладает недоразвитие психических функций, а недостаточность двигательных и сенсорных оказывается на втором плане. Слабоумие может сочетаться с пороками и аномалиями развития, неврологической симптоматикой, судорожными явлениями или выступать изолированно. Этот синдром, как правило, отличается стабильностью, в некоторых же случаях может быть прогредиентным. Причина стационарных форм слабоумия – эмбрио- и фетопатии (поражения плода), перинатальные и ранние постнатальные поражения мозга, аномалии

хромосом, генные мутации. Наследственные дефекты метаболизма также могут быть причиной слабоумия. Ранними признаками этого синдрома (во второй половине 1-го года жизни) оказываются отсутствие или слабость реакций на окружающее, отсутствие дифференцированной улыбки, комплекса оживления при приближении родных. Неспособность отличить своих от чужих, отсутствие дифференцированной реакции на мать, интереса к игрушкам, выразительных мимических движений являются его характерными признаками. У детей с этим синдромом маловыразительный взгляд, поздно появляется улыбка, отсутствует предметно-манипулятивная деятельность и начальное понимание обращенной речи. Степень отставания моторного развития различна. Психомоторное развитие этих детей находится в зависимости от тяжести слабоумия.

? *Тест для самостоятельной работы*

1. Невропатия — это:

а) соматовегетативные нарушения, расстройства сна, пугливость, плаксивость, утомляемость и реакции протеста психогенного происхождения;

б) снижение двигательной и психической активности;

в) недостаточность вегетативной регуляции конституционального или рано приобретенного происхождения.

2. Невротические расстройства — это:

а) сомато-вегетативные нарушения, расстройства сна, пугливость, плаксивость, утомляемость и реакции протеста психогенного происхождения;

б) двигательное беспокойство, эмоциональная лабильность, нарушения сна, рефлекторная возбудимость и снижение порога судорожной готовности;

в) недостаточность вегетативной регуляции конституционального или рано приобретенного происхождения.

3. Реакции активного и пассивного протеста — это:

а) отказ от груди, «аффективно-респираторные закатывания», двигательная расторможенность и т. д.;

б) снижение двигательной и психической активности;

в) двигательное беспокойство, эмоциональная лабильность, нарушения сна, рефлекторная возбудимость и снижение порога судорожной готовности.

4. Синдром гиповозбудимости — это:

а) генерализованные, очаговые клонические или миоклонические судороги;

б) отказ от груди, «аффективно-респираторные закатывания», двигательная расторможенность и т. д.;

в) снижение двигательной и психической активности.

5. Синдром гипервозбудимости — это:
   а) двигательное беспокойство, эмоциональная лабильность, нарушения сна, рефлекторная возбудимость и снижение порога судорожной готовности;
   б) приступы мгновенного выключения сознания во время плача, возникающие в связи с эмоциональным бурным разрядом;
   в) генерализованные, очаговые клонические или миоклонические судороги.

6. Гипертензионно-гидроцефальный синдром — это:
   а) нарушения функций внутренних органов, терморегуляции, расстройства сна, повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность;
   б) генерализованные, очаговые клонические или миоклонические судороги;
   в) увеличение черепа, расхождение черепных швов, возбудимость, раздражительность, крикливость, вялость, сонливость.

7. Судорожный синдром — это:
   а) приступы мгновенного выключения сознания во время плача, возникающие в связи с эмоциональным бурным разрядом;
   б) двигательное беспокойство, эмоциональная лабильность, нарушения сна, рефлекторная возбудимость и снижение порога судорожной готовности;
   в) генерализованные, очаговые клонические или миоклонические судороги.

8. Аффективно-респираторные судороги — это:
   а) нарушения функций внутренних органов, терморегуляции, расстройства сна, повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность;
   б) приступы мгновенного выключения сознания во время плача, возникающие в связи с эмоциональным бурным разрядом;
   в) генерализованные, очаговые клонические или миоклонические судороги.

9. Синдром вегетативно-висцеральных дисфункций — это:
   а) соматовегетативные нарушения, расстройства сна, пугливость, плаксивость, утомляемость и реакции протеста психогенного происхождения;
   б) двигательное беспокойство, эмоциональная лабильность, нарушения сна, рефлекторная возбудимость и снижение порога судорожной готовности;
   в) нарушения функций внутренних органов, терморегуляции, расстройства сна, повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность.

10. Синдром врожденного или рано приобретенного слабоумия — это:
   а) рано проявившееся недоразвитие психических функций;
   б) увеличение черепа, расхождение черепных швов, возбудимость, раздражительность, крикливость, вялость, сонливость;
   в) слабоумие, возникшее после 3 лет.

Рекомендуемая литература

Козловская Г. В. Психические нарушения у детей раннего возраста. Диссертация д-ра. мед. наук – М., 1995.

Журба Л. Т., Мастюкова Е. М. Нарушения психомоторного развития детей 1-го года.– М.: Медицина, 1981.

Внешняя среда и психическое развитие ребенка/ Под ред. Р. В. Тонковой-Ямпольской.– М.: Медицина, 1984.

Бауэр Т. Психическое развитие младенца.– М., 1979.

Киригенко Е. И. и др. Клинико-психологическое изучение детей раннего возраста с невротическими и неврозоподобными нарушениями.– М., 1982.

Мнухин С. С. О роли возрастного фактора в картинах эпилепсии/ Журн. Невр. Психиат.– 1960.–№ 7.– С. 846–851.



Глава 15
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Расстройства, включенные в этот раздел, отличаются следующими признаками:

а) начало в младенчестве или детстве;

б) повреждение или задержка в развитии функций, тесно связанных с биологическим созреванием центральной системы;

в) постоянное течение, без ремиссий или рецидивов, характерных для многих психических расстройств.

В большинстве случаев пораженные функции включают речь, зрительно-пространственные навыки и/или двигательную координацию. Характерной особенностью повреждения является тенденция к прогрессивному уменьшению по мере того, как дети становятся старше (хотя легкая недостаточность часто остается у взрослых). Обычно задержка в развитии или повреждение имеются с такого раннего периода, как только это могло быть обнаружено, без предшествующего периода нормального развития. Большинство этих состояний отмечается у мальчиков в несколько раз чаще, чем у девочек.

Для нарушений развития характерна наследственная отягощенность подобными или родственными расстройствами, и имеются данные, предполагающие важную роль генетических факторов в этиологии многих (но не всех) случаев. Средовые факторы часто оказывают влияние на нарушенные развивающиеся функции, но в большинстве случаев они не имеют первостепенного значения. Однако в большинстве случаев этиология не известна, и имеется неясность относительно границ и критериев выделения определенных подгрупп нарушений развития. Более того, существуют два типа состояний, включенных в этот раздел, которые не полностью соответствуют концептуальному определению, приведенному выше. Во-первых, это расстройства, в которых было несомненное предшествующее нормальное развитие, такие, как дезинтегративное расстройство детского возраста, синдром Ландау–Клеффнера, некоторые случаи аутизма. Эти состояния включены сюда потому, что, хотя их начало различно, их характерные особенности и течение имеют много сходного с группой нарушений развития; кроме того, неизвестно, отличаются ли они этиологически. Во-вторых, есть расстройства, определяемые как отклонения, а не как задержка в развитии функций. Аутистические расстройства вклю-

чены в этот раздел потому, что, хотя и определены как отклонения, задержка развития обнаруживается почти постоянно.

Специфические расстройства развития речи (F80). Эти расстройства, при которых нормальное речевое развитие нарушено на ранних этапах. Состояния нельзя объяснить неврологическим или речевым механизмом патологии, сенсорными повреждениями, умственной отсталостью или средовыми факторами. Ребенок может быть более способен общаться или понимать в определенных, хорошо известных ситуациях, но речь всегда повреждена.

Дети со специфическими нарушениями речи и языка резко отличаются от нормы, хотя большая часть из них достигает в конечном счете нормального уровня развития речевых навыков. Они имеют множество сопутствующих проблем. Задержка развития речи часто сопровождается трудностями в чтении и письме, нарушениями межличностных связей, эмоциональными и поведенческими расстройствами. Поэтому ранняя и тщательная диагностика специфических нарушений развития речи очень важна. Не существует строго очерченного отграничения от крайних вариантов нормы, но для суждения о клинически значимом расстройстве используются четыре основных критерия: тяжесть, течение, тип и сопутствующие расстройства.

Задержка речи может считаться патологической, когда она является достаточно тяжелой, с отставанием на два стандартных отклонения. В большинстве случаев такого уровня тяжести имеются сопутствующие расстройства. Однако у детей старшего возраста уровень тяжести имеет меньшее диагностическое значение, так как существует естественная тенденция к неуклонному улучшению. В этой ситуации полезным показателем оказывается течение. Если уровень нарушения относительно легкий, но в анамнезе отмечена тяжелая степень нарушения, то более вероятно, что текущее функционирование представляет собой последствие значительного расстройства, а не варианта нормы. Необходимо обращать внимание на тип речевого функционирования; если тип нарушения патологический (т. е. аномальный, а не просто вариант, соответствующий более ранней фазе развития) или если речь ребенка содержит качественно патологические признаки, то, вероятно, это клинически значимое расстройство. Более того, если задержка развития речи сопровождается недостаточностью школьных навыков (специфическое отставание в чтении и письме), нарушениями в межперсональных отношениях и/или эмоциональными или поведенческими расстройствами, то маловероятно, что это вариант нормы.

Вторая трудность в диагностике относится к дифференциации от умственной отсталости или общей задержки развития. Так как интеллектуальное развитие включает в себя вербальные навыки, то вероятно, что если коэффициент умственного развития ребенка существенно ниже среднего, то его речевое развитие будет также

ниже среднего. Диагноз специфического развития предполагает, что задержка в определенной сфере находится в значительном несоответствии с общим уровнем когнитивного функционирования. Соответственно, когда задержка речи является частью общего отставания умственного развития, то данное состояние должно диагностироваться как умственная отсталость. Однако для умственной отсталости характерно сочетание с неравномерностью интеллектуальной продуктивности, особенно с таким речевым нарушением, которое обычно более серьезно, чем задержка невербальных навыков. Когда это несоответствие проявляется в такой заметной степени, что становится очевидным в повседневном функционировании ребенка, то специфическое нарушение развития речи должно диагностироваться в дополнение к диагнозу умственной отсталости.

Третья трудность касается дифференциации от вторичных расстройств вследствие тяжелой глухоты или некоторых специфических неврологических или других анатомических нарушений. Тяжелая глухота в раннем детстве всегда ведет к заметной задержке и искажению речевого развития; такие состояния не должны включаться сюда, так как они являются прямым следствием потери слуха. Однако нередко более серьезные нарушения развития воспринимающей речи сопровождаются парциальным избирательным повреждением слуха (особенно частот высоких тонов). Эти расстройства не могут быть диагностированы как нарушения развития речи, если тяжесть поражения слуха объясняет задержку речи, но могут быть отнесены к ним, если частичная потеря слуха только осложняющий фактор, а не основная причина.

Сходный принцип применяется для отграничения от неврологической патологии и анатомических дефектов. Так, патология артикуляции, обусловленная расщелиной неба, или дизартрия вследствие церебрального паралича не должны диагностироваться как нарушение развития речи. С другой стороны, наличие легкой неврологической симптоматики, которая не могла бы вызвать задержку речи, не является основанием для исключения диагноза: нарушение развития речи.

Специфическое расстройство артикуляции речи (F80.0). Специфическое расстройство развития, при котором использование ребенком звуков речи ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту, но при котором имеется нормальный уровень речевых навыков.

Возраст приобретения ребенком речевых звуков и порядок, в котором они развиваются, подвержены значительным индивидуальным колебаниям.

Нормальное развитие. В возрасте 4 лет ошибки в произнесении звуков речи являются общими, но ребенок легко может быть понят незнакомыми людьми. Большинство речевых звуков

приобретается к возрасту 6—7 лет. Хотя могут оставаться трудности в определенных звуковых комбинациях, они не ведут к затруднениям в общении. К возрасту 11—12 лет почти все речевые звуки должны быть приобретены.

Патологическое развитие имеет место, когда приобретение ребенком звуков речи задержано или отклоняется, проявляясь в форме: дизартикуляции с соответствующими трудностями для других в понимании его речи; пропусках, искажениях или заменах речевых звуков; изменениях в произношении звуков в зависимости от их сочетания (т. е. в некоторых словах ребенок может произносить фонемы правильно, а в других — нет).

Диагноз может быть поставлен только тогда, когда тяжесть нарушения артикуляции находится за пределами границ нормальных вариаций, соответствующих умственному возрасту ребенка; интеллектуальный невербальный уровень в пределах нормы; навыки экспрессивной и рецептивной речи в пределах нормы; патология артикуляции не может быть объяснена сенсорной, анатомической или невротической аномалией; неправильное произношение является, несомненно, аномальным, исходя из особенностей употребления речи в субкультуральных условиях, в которых находится ребенок. Таким образом, диагностическое понятие специфического расстройства артикуляции речи включает расстройство развития артикуляции, функциональное расстройство артикуляции, лепетную речь, дислалию, расстройство фонологического развития. Оно отграничивается от расстройства артикуляции вследствие афазии, апраксии, нарушения артикуляции, сочетающегося с расстройством развития экспрессивной и рецептивной речи, расщепления неба и других аномалий ротовых структур, участвующих в речевом функционировании, потери слуха, умственной отсталости.

Расстройство экспрессивной речи (F80.1). Специфическое нарушение развития, при котором способность ребенка использовать выразительную разговорную речь заметно ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту, хотя понимание речи находится в пределах нормы. При этом могут быть или не быть расстройства артикуляции.

Хотя при нормальном речевом развитии встречается значительное индивидуальное разнообразие, отсутствие отдельных слов или близких к ним речевых образований к двум годам или простых выражений или фраз из двух слов к трем годам должны быть расценены как значительные признаки задержки. Поздние нарушения включают: ограниченное словарное развитие; чрезмерное использование небольшого набора общих слов; трудности в подборе подходящих слов и слов-заменителей; искаженное произношение; незрелую структуру предложений; синтаксические ошибки, особенно пропуски словесных окончаний или приставок; не-

правильное использование или отсутствие грамматических признаков, таких, как предлоги, местоимения, и спряжений или склонений глаголов и имен существительных. Иногда наблюдается чрезмерно обобщенное употребление правил, а также отсутствие плавности предложений и трудности в установлении последовательности при пересказе событий прошлого.

Часто недостаточность разговорной речи сопровождается задержкой или нарушением словесно-звукового произношения.

Диагноз должен быть установлен только тогда, когда тяжесть задержки в развитии экспрессивной речи выходит за пределы нормальных вариаций для умственного возраста ребенка; навыки рецептивной речи в нормальных пределах для умственного возраста ребенка (хотя часто она может быть немного ниже среднего уровня). Использование невербальных реплик (таких, как улыбка и жесты) и «внутренней» речи, отраженной в воображении или ролевой игре, относительно не нарушено; способность к социальному общению без слов относительно не повреждена. Ребенок будет стремиться к общению, несмотря на речевое нарушение, и к компенсированию недостатка речи жестами, мимикой или неречевыми вокализациями. Однако нередко встречаются сопутствующие нарушения во взаимоотношениях со сверстниками, эмоциональные нарушения, поведенческие расстройства и/или повышенная активность и невнимательность. В меньшем числе случаев может отмечаться сопутствующая парциальная (часто избирательная) потеря слуха, но она не должна быть столь значительной степени, чтобы вести к задержке речи. Неадекватное вовлечение в разговор или более общее лишение окружения может играть важную или способствующую роль в происхождении нарушенного развития экспрессивной речи. В этом случае причинный фактор среды должен быть отмечен. Нарушение разговорной речи становится очевидным с младенчества без какой-либо длительной, отчетливой фазы нормального развития речи. Однако нередко встречается явное нормальное вначале использование нескольких отдельных слов, сопровождаемое речевым регрессом или отсутствием прогресса.

В это расстройство включается дисфазия или афазия, связанная с развитием. Следует отграничивать от дисфазии или афазии, связанной с общими расстройствами развития; приобретенной афазии с эпилепсией (синдромом Ландау–Клеффнера); элективного мутизма, умственной отсталости.

Расстройство рецептивной речи (F80.2). Неспособность реагировать на знакомые названия (в отсутствие невербальных реплик) с первого дня рождения; неспособность идентифицировать по крайней мере несколько предметов к 18 месяцам или неспособность следовать простым инструкциям в возрасте двух лет должны быть оценены как существенные признаки задержки в речевом развитии. Поздние нарушения включают неспособность к понима-

нию грамматических структур (отрицаний, вопросов, сравнений и т. д.), непонимание более тонких аспектов речи (тона голоса, жестов и т. д.).

Диагноз может быть установлен только тогда, когда тяжесть задержки в развитии рецептивной речи выходит за пределы нормальных вариаций для умственного возраста ребенка и когда нет признаков общего расстройства развития. Почти во всех случаях развитие экспрессивной речи также серьезно задержано, и часто встречаются нарушения словесно-звукового произношения. Из всех вариантов специфических нарушений развития речи при этом варианте отмечается наиболее высокий уровень сопутствующих социальных, эмоциональных и поведенческих расстройств. Эти расстройства не имеют каких либо специфических проявлений, но гиперактивность и невнимательность, социальная неприспособленность и изоляция от сверстников, тревога, чувствительность и чрезмерная застенчивость встречаются достаточно часто. У детей с более тяжелыми формами нарушения рецептивной речи может отмечаться довольно выраженная задержка в социальном развитии, возможна подражательная речь с непониманием ее смысла, может проявляться ограничение интересов. Однако они отличаются от аутистических детей, обычно показывая нормальное социальное взаимодействие, нормальные ролевые игры, нормальное обращение к родителям для получения комфорта, почти нормальное использование жестов и только легкое нарушение невербального общения. Нередко бывает легкая степень потери слуха на высокие тона, но степень глухоты недостаточна, чтобы вызвать нарушение речи.

Это расстройство охватывает также такие клинические формы, как афазия или дисфазия развития рецептивного типа, словесная глухота, врожденная слуховая невосприимчивость, афазия Вернике, связанная с развитием.

Требуется отграничение от приобретенной афазии с эпилепсией (синдрома Ландау—Клеффнера), аутизма, элективного мутизма, умственной отсталости, задержки речи вследствие глухоты, дисфазии и афазии экспрессивного типа.

Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау – Клеффнера) (F80.3). Расстройство, при котором ребенок, имея предшествующее нормальное развитие речи, теряет навыки как рецептивной, так и экспрессивной речи, но сохраняется общий интеллект; начало расстройства сопровождается пароксизмальной патологией на ЭЭГ и в большинстве случаев эпилептическими припадками. Типично начало в возрасте 3—7 лет, но может возникать раньше или позже в детстве. В четверти случаев потеря речи происходит постепенно на протяжении нескольких месяцев, но более часто бывает резкая потеря навыков в течение нескольких дней или недель. Связь по времени между началом эпилепти-

формных припадков и потерей речи довольно изменчива, один из симптомов может предшествовать другому за несколько месяцев и до 2 лет. Очень характерно, что нарушение рецептивной речи довольно глубокое, часто с трудностями в слуховом понимании при первом проявлении состояния. Некоторые дети становятся немыми, другие ограничиваются жаргоноподобными звуками, хотя у некоторых выявляется более легкий дефицит в плавности, а речевая продукция часто сопровождается расстройствами артикуляции. В небольшом числе случаев качество голоса нарушено с потерей нормальных модуляций. Иногда речевые функции появляются волнообразно на ранних фазах расстройства. Поведенческие и эмоциональные нарушения являются обычными в первые месяцы после начала потери речи, но отмечается тенденция к их улучшению по мере того, как дети приобретают некоторые способы коммуникации.

Этиология расстройства неизвестна, клинические данные предполагают возможность энцефалитического процесса. Течение различно; у 2/3 детей сохраняется более или менее серьезный дефект рецептивной речи, а около 1/3 — полностью выздоравливают.

Специфические расстройства развития школьных навыков (СРРШН) (F81). Концепция СРРШН непосредственно напоминает понятие специфических расстройств развития речи, и здесь существуют те же проблемы в их определении и измерении. Эти расстройства, при которых нормальное приобретение навыков нарушено с ранних стадий развития. Они не являются следствием отсутствия благоприятной возможности для обучения или какой-либо полученной мозговой травмы или болезни.

Считается, что расстройства возникают из-за нарушения в обработке когнитивной информации, что во многом происходит в результате биологической дисфункции.

Как и при большинстве других нарушений развития, данное состояние существенно более часто отмечается у мальчиков, чем у девочек.

Пять видов трудностей возникает в диагностике.

Во-первых, это необходимость дифференциации расстройств от нормальных вариантов школьного обучения. Проблема здесь та же, что и для речевых нарушений, и те же критерии предложены для суждения о патологичности состояния (с необходимой модификацией, которая связана с оценкой не речи, а школьных достижений).

Во-вторых, это необходимость принимать в расчет динамику развития. Это важно по двум причинам:

а) тяжесть: отставание в чтении на 1 год в 7 лет имеет совершенно иное значение, чем отставание на 1 год в 14 лет;

б) изменение типа проявлений: обычно задержка речи в дошкольные годы в разговорной речи исчезает, но сменяется специ-

фической задержкой чтения, что в свою очередь уменьшается в подростковом возрасте, а главной проблемой в юности является тяжелое расстройство письма. Состояние во всех отношениях то же самое, но проявления изменяются по мере взросления; диагностический критерий обязан принимать в расчет эту динамику развития.

Третья трудность заключается в том, что школьные навыки должны быть преподаны и усвоены; они не только функция биологического созревания. Неизбежно, что уровень приобретения детьми навыков будет зависеть от семейных обстоятельств и обучения в школе, так же как и от их индивидуальных особенностей характера. К сожалению, нет прямого пути в дифференциации школьных трудностей, обусловленных отсутствием адекватного опыта от тех, которые обусловлены некоторыми индивидуальными нарушениями.

В-четвертых, хотя исследовательские данные предусматривают гипотезу о лежащей в основе расстройства нарушения обработки когнитивной информации, у конкретного ребенка нелегко дифференцировать то, что вызвало трудности чтения, от того, что сопутствует плохим навыкам чтения. Трудность сопряжена с данными, что нарушения чтения могут происходить более чем от одного типа когнитивной патологии.

В-пятых, сохраняется неопределенность в отношении оптимального подразделения специфических расстройств развития школьных навыков.

Дети обучаются читать, писать, произносить слова по буквам и совершенствовать арифметические вычисления, когда их приобщают к этой деятельности и в школе, и дома. Страны широко варьируют по возрасту начала официального обучения в школе, программам школьного обучения и, следовательно, по тем навыкам, которые предположительно должны быть приобретены детьми к различному возрасту. Это расхождение является наибольшим в период обучения детей в начальной школе (т. е. вплоть до 11 лет) и усложняет проблему выработки действующих дефиниций нарушения школьных навыков.

Тем не менее в пределах любых образовательных систем ясно, что в каждой возрастной группе школьников существует разброс в школьных достижениях, и у некоторых детей отмечается недостаточность в специфических аспектах навыков относительно их общего уровня интеллектуального функционирования.

СРРШН охватывают группы расстройств, проявляющиеся специфической и значительной недостаточностью в обучении школьным навыкам. Эти нарушения в обучении не являются прямым следствием других состояний (таких, как умственная отсталость, грубые неврологические дефекты, неоткоррегированные зрительные или слуховые повреждения или эмоциональные расстройст-

ва), хотя они могут встречаться как сопутствующие им. СРРШН часто наблюдается в сочетании с другими клиническими синдромами (такими, как расстройство, проявляющееся дефицитом внимания или расстройство поведения) или другими расстройствами развития, такими, как специфическое расстройство развития моторных функций или специфические расстройства развития речи.

Этиология СРРШН неизвестна, но существует предположение о ведущей роли биологических факторов, которые, чтобы вызвать нарушения, находятся во взаимодействии с небиологическими факторами (такими, как наличие благоприятной возможности для обучения и качество обучения). Хотя данные нарушения связаны с биологическим созреванием, все же это не значит, что дети с подобными расстройствами находятся просто на более низком уровне нормы и, следовательно, «догонят» со временем сверстников. Во многих случаях признаки этих нарушений могут продолжаться в подростковом возрасте, сохраняясь и у взрослых. Тем не менее необходимо диагностировать расстройства, проявляющиеся в ранние периоды школьного обучения. Дети могут отставать в своем школьном совершенствовании и на более поздней стадии получения образования (в связи с отсутствием интереса к учебе, плохой образовательной программой, эмоциональными нарушениями, возрастанием или изменениями в требованиях заданий и т. д.), однако они не диагностируются как СРРШН.

Существует несколько *основных требований для диагностики любого из специфических расстройств развития школьных навыков.*

Во-первых, это должна быть клинически выраженная степень нарушения какого-либо определенного школьного навыка. Об этом можно судить на основе тяжести, определенной по школьной успеваемости, т. е. такая степень нарушения, которая могла бы встречаться менее чем у 3% популяции детей школьного возраста; по предшествующим нарушениям развития, т. е. задержка или отклонение в развитии в дошкольные годы, наиболее частое в речи; по сопутствующим симптомам (таким, как невнимательность, повышенная активность, эмоциональные нарушения или нарушения в поведении); по типу расстройства (т. е. наличию качественных нарушений, обычно не являющихся частью нормального развития); по реакции на терапию (т. е. школьные трудности не сразу уменьшаются по мере усиления помощи дома и/или в школе).

Во-вторых, нарушение должно быть специфическим в том смысле, что его нельзя объяснить только умственной отсталостью или не столь выраженным снижением общего интеллектуального уровня. Так как коэффициент умственного развития и школьные достижения не идут прямо параллельно, это решение может быть сделано только на основе индивидуально назначаемых тестов на усвоенный материал и коэффициент умственного развития, соответствующих определенной культуре и образовательной системе.

Такие тесты должны использоваться вместе с данными о среднем ожидаемом уровне усвоения школьного материала при определенном коэффициенте умственного развития в данном возрасте.

Таким образом, клиническое указание заключается в том, что уровень школьных знаний ребенка должен быть существенно ниже, чем ожидаемый для ребенка того же умственного возраста.

В-третьих, нарушение должно быть связано с развитием в том смысле, что должно присутствовать с первых лет обучения, а не приобретаться позднее в ходе образования. Сведения о школьных успехах ребенка должны подтверждать это.

В-четвертых, должны отсутствовать внешние факторы, которые можно рассматривать как причину школьных трудностей. Как сказано выше, вообще диагноз СРРШН должен опираться на положительные доказательства клинически значимого нарушения усвоения школьного материала в сочетании с внутренними факторами в развитии ребенка. Однако для того, чтобы обучаться эффективно, дети должны иметь адекватные возможности для обучения. Соответственно, если ясно, что плохие школьные достижения непосредственно обусловлены очень длительным посещением школы без обучения на дому или грубо неадекватным обучением, то данные нарушения не соответствуют диагнозу этого расстройства. Частые непосещения школы или перерывы в образовании вследствие смены школы обычно недостаточны, чтобы привести к школьной задержке в степени, необходимой для диагноза СРРШН.

В-пятых, специфические нарушения развития школьных навыков не должны быть прямо обусловлены неоткоррегированными зрительными или слуховыми расстройствами.

Клинически важно дифференцировать СРРШН, которые возникают в отсутствии какого-либо диагностируемого неврологического расстройства, и СРРШН, вторичные к некоторым неврологическим состояниям, таким, как церебральный паралич. В практике эту дифференциацию очень трудно сделать (вследствие неопределенного значения множественных «мягких» неврологических знаков), а исследовательские результаты не дают четкого критерия дифференциации ни в клинической картине, ни в динамике СРРШН в зависимости от присутствия или отсутствия неврологической дисфункции. Соответственно, хотя это и не составляет диагностического критерия, необходимо, чтобы наличие какого-либо сопутствующего нарушения диагностировалось отдельно как неврологическое расстройство.

Специфическое расстройство чтения (дислексия) (F81.0). Основной признак – специфическое и значительное нарушение в развитии навыков чтения, которое нельзя объяснить исключительно умственным возрастом, проблемами остроты зрения или неадекватного обучения в школе. Могут быть нарушены навыки

понимания чтения и совершенствования на заданиях, требующих чтения. Трудности письма часто сочетаются со специфическим расстройством чтения и часто остаются в подростковом возрасте даже после некоторого прогресса в чтении. У детей со специфическим расстройством чтения в анамнезе часты специфические расстройства развития речи. И всестороннее исследование функционирования речи на данный момент часто обнаруживает сохраняющиеся легкие нарушения помимо отсутствия успехов в теоретических предметах. В дополнение к академическим неудачам, довольно частыми осложнениями являются плохая посещаемость и трудности в социальном приспособлении, особенно в начальной или средней школе. Данное состояние обнаруживается во всех известных языковых культурах, но неясно, как часто это нарушение бывает обусловлено речью или шрифтом.

Продуктивность чтения ребенка должна быть значительно ниже уровня, ожидаемого в соответствии с возрастом ребенка, его общей интеллектуальностью и школьной успеваемостью. Продуктивность лучше оценивать на основе индивидуально назначаемых стандартизированных тестов на точность и понимание прочитанного материала. Природа трудностей чтения зависит от ожидаемого уровня чтения и от языка и шрифта. Однако на ранних стадиях изучения алфавита могут быть трудности в его пересказе или распределении по категориям звуков (вопреки нормальной остроте слуха).

Позднее могут быть *ошибки в навыках устного чтения*, такие, как:

а) пропуски, замены, искажения или дополнения слов или частей слов;

б) медленный темп чтения;

в) попытки начать чтение заново, длительные запинки или «потеря места» в тексте или неточности в выражениях;

г) перестановка слов в предложениях или букв в словах.

Также может быть *недостаточность в понимании читаемого материала*, например:

а) неспособность вспомнить факты из прочитанного;

б) неспособность сделать заключение или выводы из сущности прочитанного текста;

в) для ответов на вопросы о прочитанной истории используются скорее общие знания, чем информация из конкретного рассказа.

Характерно, что в более позднем детстве и во взрослой жизни трудности письма становятся более глубокими, чем недостаточность чтения. Нарушения письма часто включают в себя фонетические ошибки, и, по-видимому, расстройство чтения и дисграфия могут частично происходить вследствие нарушения фонологического анализа. Мало известно о природе и частоте орфографических ошибок при письме у детей, которые должны читать нефоне-

тические языки, и мало известно о типах ошибок в неалфавитном тексте.

Специфическим нарушениям навыков чтения обычно предшествуют расстройства развития речи. В других случаях у ребенка могут отмечаться нормальные этапы развития речи в соответствии с возрастом, но все же могут быть трудности в обработке словесной информации, что проявляется в категоризации звуков, в рифмовании и, возможно, дефектами в различении звуков речи, последовательной слуховой памяти и слуховой ассоциации. В некоторых случаях также могут отмечаться затруднения в обработке зрительной информации (такие, как различение букв); однако они являются общими у детей, которые только начинают обучаться чтению, и, следовательно, не являются причинно связанными с плохим чтением. Также обычными являются нарушения внимания, сочетающиеся с повышенной активностью и импульсивностью. Тип нарушения развития в дошкольном периоде значительно варьируется от ребенка к ребенку, так же как и его тяжесть; тем не менее такие нарушения являются обычными.

Типичны в школьном возрасте сопутствующие эмоциональные и/или поведенческие расстройства. Эмоциональные расстройства более свойственны ранним школьным годам, но нарушения поведения и синдром гиперактивности более вероятны в позднем детстве и в подростковом возрасте. Часто отмечается низкая самооценка, нарушения школьной адаптации и взаимоотношений со сверстниками.

Специфическое расстройство письма (дисграфия) (F81.1). Это расстройство, при котором главная черта — специфическое и значительное нарушение в развитии навыков письма при отсутствии предшествующего специфического расстройства навыков чтения и которое не объясняется исключительно низким умственным возрастом, снижением остроты зрения и неадекватным обучением в школе. Нарушается как способность устно произносить слова по буквам, так и писать слова правильно. Дети, трудности которых заключаются исключительно в плохом почерке, не должны сюда включаться; но в некоторых случаях трудности письма могут быть связаны с правописанием. В отличие от характеристик, обычно выявляемых при специфическом расстройстве чтения, ошибки при письме имеют тенденцию быть не связанными с фонетическими расстройствами.

Письмо ребенка должно быть значительно ниже уровня, ожидаемого на основе его возраста, общего интеллекта и успеваемости. Это лучше расценивать с помощью тестов на письмо. Навыки чтения ребенка (как правильность, так и понимание) должны быть в пределах нормы, и не должно отмечаться предыстории значительных трудностей чтения. Трудности в письме не должны быть обусловлены, главным образом, грубо неадекватным обуче-

нием или дефектами зрительных, слуховых или неврологических функций. Также они не могут быть приобретены вследствие какого-либо неврологического, психического или другого расстройства.

Дисграфия дифференцируется от нарушений чтения, сочетающихся с трудностями письма; мало известно в отношении предшествующих нарушений динамики, коррелятов и исхода специфических расстройств письма.

Специфическое расстройство счета (дискалькулия) (F81.2) включает специфическое нарушение навыков счета, которое нельзя объяснить исключительно общим психическим недоразвитием или грубо неадекватным обучением. Дефект касается основных вычислительных навыков сложения, вычитания, умножения и деления (предпочтительнее, чем более абстрактных математических навыков, включаемых в алгебру, тригонометрию, геометрию или математические исчисления).

Продуктивность в арифметике у ребенка должна быть значительно ниже уровня, ожидаемого в соответствии с его возрастом, общей интеллектуальностью и успеваемостью. Это лучше расценивать на основе индивидуально назначаемых тестов на счет. Навыки чтения и письма должны быть в пределах нормы, соответствующей его умственному возрасту, оцениваемому по индивидуально подобранным адекватным тестам. Трудности в арифметике не должны быть обусловлены, главным образом, грубо неадекватным обучением, дефектами зрения, слуха или неврологических функций и не должны быть приобретены вследствие какого-либо неврологического, психического или другого расстройства.

Расстройства навыков счета менее изучены, чем расстройства чтения. Знания о предшествующих расстройствах, динамике, коррелятах и исходе ограничены. Однако предполагают, что в отличие от многих детей с расстройствами чтения здесь есть тенденция к сохранению в пределах нормы слуховоспринимающих и вербальных навыков, тогда как зрительно-пространственные и зрительно-воспринимающие навыки нарушены. У некоторых детей отмечаются сопутствующие социальные и эмоциональные поведенческие проблемы, но мало известно об их особенностях или частоте. Предполагают, что трудности в социальном взаимодействии могут быть особенно частыми.

Арифметические трудности, которые отмечаются, различны, но могут включать: недостаточность в понимании понятий, лежащих в основе арифметических операций; отсутствие понимания математических терминов или знаков; нераспознавание числовых знаков; трудность в понимании, какие числа, относящиеся к данному арифметическому действию, необходимо использовать; трудность в усвоении порядкового выстраивания чисел или в усвоении десятичных дробей или знаков во время вычислений; неспособность удовлетворительно выучить таблицу умножения.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Что такое специфические расстройства речи? 2. Что такое специфическое расстройство артикуляции речи? 3. Что такое расстройство экспрессивной речи? 4. Что такое расстройство рецептивной речи? 5. Что такое приобретенная афазия с эпилепсией? 6. Что такое специфические расстройства школьных навыков? 7. Что такое специфическое расстройство чтения (дислексия)? 8. Что такое специфическое расстройство спеллингования (дисграфия)? 9. Что такое расстройство навыков счета? 10. Каковы общие особенности синдромов детского возраста?

Рекомендуемая литература

Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А. Методы нейропсихологической диагностики.— СПб., 1997.

Глезерман Т. Б. Мозговые дисфункции у детей.— М.: Наука, 1983.

Голик А. Н. Введение в педагогическую психиатрию.— М.: УРОА, 2000.

Дробинская А. О. Школьные трудности нестандартных детей.— М.: Школа-Пресс, 1999.

Демьянов Ю. Г. Психопатология детского возраста.— СПб.: ЛОИУУ, 1993.

Детская патопсихология. Хрестоматия.— М.: Когито-Центр, 2000.

Классификация психических и поведенческих расстройств. МКБ-10.— СПб.: АДИС, 1994.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста.— М.: Медицина, 1995.

Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков.— М.: Медицина, 1985.

Корнев А. Н. Дислексия и дисграфия у детей.— СПб.: Гиппократ, 1995.

Крук И. В. Церебрастенические состояния у детей дошкольного возраста.— Киев: Здоровья, 1990.

Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей.— М.: МГУ, 1985.

Лубовский В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей.— М., 1989.

Лурия А. Р. Основы нейропсихологии.— М., 1973.

Максимова Н. Ю., Милютина Е. Л. Курс лекций по детской патопсихологии.— Ростов-на-Дону: Феникс, 2000.

Марковская И. Ф. Задержка психического развития.— М., 1995.

Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста/ Под ред. С. Ю. Циркина.— СПб.: Питер, 1999.

Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте.— М.: Медицина, 1986.

Дети с нарушениями развития. Хрестоматия.— М.: Международная Педагогическая Академия, 1995.

Худик В. А. Детская патопсихология.— Киев: Здоров'я, 1997.

Цветкова Л. С. Методика нейропсихологической диагностики детей.— М., 1998.

Глава 16
ДЕТСКИЙ АУТИЗМ (F84.0)

Детский аутизм выражается в отсутствии или исчезновении у детей каких-либо контактов со средой, в отсутствии у них заметного интереса к окружающему, адекватных эмоциональных реакций, а нередко и вообще каких-либо реакций на раздражители и, наконец, в отсутствии каких-либо форм целенаправленной активности и деятельности. Дети с аутизмом выглядят «отрешенными», «отсутствующими», «аутистически» погруженными будто бы в мир каких-то собственных переживаний [Мнухин С. С., Зеленецкая А. Е., Исаев Д. Н., 1967].

МКБ-10 характеризует детский аутизм как общее расстройство развития, определяющееся наличием аномального и/или нарушенного развития, которое проявляется в возрасте до трех лет, и аномальным функционированием во всех трех сферах социального взаимодействия, общения и ограниченного, повторяющегося поведения.

Клинически обнаруживаются как нарушения, отклонения или задержка в развитии внимания, восприятия, оценки реальности и в развитии социального, языкового и двигательного поведения.

Аутизм характеризуется тремя группами расстройств:

1) нарушения в социальном взаимодействии;
2) нарушения коммуникабельности и воображения;
3) значительное сужение интересов и активности.

История развития проблемы. В 1809 г. Дж. Хаслем впервые описал ребенка, соответствующего нашим представлениям об аутизме. Г. Модсли (1867) обратил внимание на детей с тяжелыми психическими расстройствами и нарушением развития. В 20—30-е годы подобные наблюдения были сделаны Т. П. Симсон и Г. Е. Сухаревой. В 1943 г. Л. Каннером описаны дети с инфантильным аутизмом, характеризовавшиеся одиночеством, неспособностью настраиваться на адекватное поведение, с задержкой или отклонением в развитии языка, эхолалией и неправильным употреблением местоимений, монотонным повторением шумов или слов, отличной механической памятью. Они отличались ограниченным диапазоном спонтанной активности, стереотипиями, стремлением все поддерживать в неизменном виде, патологическими отношениями с другими людьми, а также предпочтением общения с неодушевленными предметами.

Распространенность. Детский аутизм встречается у 2—5 детей на 10 000 детской популяции. Число же детей с расстройства-

ми аутистического спектра составляет 20 на 10 000 детского населения. В 20 случаях на 10 000 умственно отсталых отмечаются аутистические черты. У большинства больных аутизм выявляется до полутора лет. У мальчиков аутизм наблюдается в 3–5 раз чаще, чем у девочек, но у последних он тяжелее.

Клинические проявления. Болезненным проявлениям аутизма не предшествует период нормального развития. Начальная симптоматика выявляется до 3-летнего возраста.

Наиболее постоянные и характерные проявления детского аутизма – *нарушения социального взаимодействия*, т. е. расстройство общения. Недостаток привязанности и расстройства социального поведения – общепризнанный симптом аутизма. Обнаруживается отсутствие привязанности к другим людям и слабость эмоциональных связей с родителями. Создается впечатление, что в младенческом возрасте дети не нуждаются в родителях. Они не привлекают их внимание плачем, не стремятся к ласкам родителей, не тянутся к ним, когда те хотят взять их на руки. Их описывают как идеальных детей, так как они, будучи оставлены одни, кажутся удовлетворенными этим, редко привлекая к себе внимание. Становясь старше, они предпочитают одиночество. Они не обращают внимания на приход или уход родителей. Будучи обиженными или переживающими боль, не ищут у родителей утешения и сами не проявляют любви к ним. У них нет аффективного вовлечения в окружающую среду. Недостаточность развития привязанностей и социального поведения проявляется в отсутствии контактов со сверстниками и неумении сотрудничать во время игры. Даже находясь среди детей, они, как правило, в одиночку манипулируют каким-нибудь предметом. Подавляющее большинство аутистов не подражают активности окружающих, что мешает им приобрести необходимые навыки для взаимодействия со сверстниками. Вместо эмоционального контакта у больных может наблюдаться отношение к людям как к неодушевленным предметам. Используя материнские колени, чтобы добраться до сладостей, аутичный ребенок никогда не заглядывает матери в глаза. Мать служит ему лишь в качестве лестницы. Если аутисту что-нибудь нужно, то он тянет человека за руку, за рукав или полу одежды к цели и при этом никогда не смотрит ему в глаза. Это один из важных признаков аутизма – отсутствие «глазного контакта» между больным и теми, с кем он «общается». Интеллектуально более развитые, овладевая школьными навыками, не способны оценивать социальную обстановку и поэтому совершают поступки или произносят слова, не соответствующие ситуации, не понимая этого.

Речь и язык. У половины аутистов речь никогда не развивается. У тех же, у кого она появляется, она развивается медленно и отличается большим своеобразием. Наиболее частое наруше-

ние – эхолалия, т. е. повторение слов или фраз, сказанных другими. Может быть «попугайная речь», когда ребенок повторяет услышанные слова или фразы непосредственно вслед за говорящим. Отставленная эхолалия – воспроизведение услышанной речи спустя иногда значительное время, когда ситуация уже изменилась и произносимые ребенком слова не соответствуют обстановке. В связи с этим то, что говорит больной, звучит очень странно и нелепо. У нормально развивающихся детей эхолалия наблюдается до возраста двух с половиной лет. Возникновение этого симптома позже определяется непониманием вербальных стимулов (речи). Вероятно, с эхолалией связано затруднение формирования осознания своей личности, при котором больной не способен употреблять местоимение первого лица «Я» и вместо этого использует местоимения 2-го или 3-го лица, а иногда обращается безлично. У больных может быть нарушено понимание речи, и часто их речь лишена коммуникативной цели. Произнесение слов может быть использовано ими для аутостимуляции. Возможность употребления речи для беседы ограничена рамками непосредственного окружения. Они не способны рассказать о прошлых переживаниях или предположить возможные будущие переживания. Даже у наиболее развитых больных-аутистов речь монотонна, лишена эмоциональности, воображения, обобщений.

Патологическое реагирование на физическое окружение. Реакции аутиста на сенсорные стимулы могут быть либо повышенными, либо сниженными, в том числе в разное время и на те же самые. Некоторые аутисты в связи с эти производят впечатление глухих или слепых. Они могут не реагировать на громкие шумы, свое имя или необычные стимулы. Кажется, что они не замечают и зрительных раздражителей: приходящих или уходящих людей, проезжающий транспорт и т. д. В то же время они могут слышать шелест разворачивающейся оберточной бумаги от конфет или шорох переворачиваемых страниц газеты. Такие же непостоянные, меняющиеся по силе реакции возникают и на тактильные, и на болевые, и на температурные, и на вестибулярные раздражители. Аномалия реакций на вкусовые стимулы проявляется, в частности, тем, что они тянут в рот несъедобные предметы, нюхают их, едят только определенную пищу и очень чувствительны к ее особенностям. Попытка понять своеобразие их ответов на разные раздражители приводит к предположению, что дети-аутисты способны дать ответ лишь на отдельные компоненты сложного стимула. Так как обучение – это овладение навыками реагирования на сложные стимулы, то и трудности учебы пытаются объяснить с этих позиций.

Симптом тождества. Наиболее характерный симптом аутизма – озабоченность сохранить неизменность своего окружения. Эти дети проявляют чрезмерную чувствительность к изменениям.

В раннем возрасте, например, их игра отличается однообразием, неизменностью, отсутствием вариантов. Они могут бесконечно вертеть одну и ту же игрушку, проявляя беспокойство, крайнее негодование или даже панику, если попытаться помешать им в этом. Может возникнуть необычная привязанность к определенным предметам, без которых они не успокаиваются, всегда требуют их. Ребенок, например, засыпает и просыпается с одной и той же мягкой игрушкой (мишкой) или настаивает на получении того же самого кубика, который он вертит ежедневно. По мере взросления этот феномен проявляется в неспособности расширить привычный круг блюд, переодеться в новую одежду, привыкнуть к новой расстановке мебели дома или согласиться идти по незнакомому маршруту. Сильная привязанность к дому и неспособность от него оторваться получила название «ностальгии кошек» (Ван Кревелен).

Страхи. У многих детей даже 1-го года жизни возникают страхи. Их происхождение связывают с психологической готовностью к страхам детей раннего возраста, обусловленной изменениями в их окружении, а также с реальной для них опасностью остаться одному, потерять мать, встретить чужих, оказаться у огня и т. д. На первом году жизни могут появиться страхи шума пылесоса, лифта, воды в водопроводных трубах. Страхи возникают также и в связи со зрительными раздражителями: включением света, мельканиями при движении в транспорте. Могут быть страхи всего черного, круглого или определенных предметов: зонта, растений. При тактильной гиперестезии появляются страхи всего мокрого при купании, во время дождя, если влага попадает на лицо.

Аутостимуляция. Она характерна для аутистов, проявляется в однообразных повторных действиях (стереотипиях), повышает уровень активности, компенсирует недостаток стимулов, получаемых извне. У здорового младенца активация себя движениями конечностей, фиксацией взгляда на изменении положения пальцев и т. д. — нормальное явление. Патологические аутостимуляции — стереотипии — отличаются постоянством, сохранением их не только в раннем возрасте, но и позже, упорством, необычностью и странностью движений, разнообразием и эмоциональным напряжением. Они оказываются помехой для приобретения навыков, необходимых при нормальном поведении. Примерами аутостимуляций могут быть раскачивания, повороты, удары головой, подпрыгивания, хлопки руками, сгибание и разгибание кистей, перебирание пальцами перед глазами, движение или вращение глазами, слежение за источниками света. Для целей аутостимуляции детьми используются различные предметы: вращающиеся монета или блюдце, извивающаяся веревка или двигающийся перед лицом карандаш. Дети хлопают себя по ушам, издают определенные звуки и таким образом также стимулируют себя. Влечение к рит-

мической организации ощущений под музыку, рифмованное слово применяется для тех же целей.

Самоповреждающее поведение. Оно чаще наблюдаются в виде ударов головой о стены, мебель или в виде укусов предплечья, запястья. Среди других повреждающих действий: удары локтями, ногами, выдергивание волос, царапанье лица, шлепанье себя по лицу. Дети зубами выдергивают ногти, пытаются выдавить глаза, откусывают кончики пальцев. Степень тяжести повреждений может варьироваться от кровоподтеков или мозолей до переломов костей пальцев, конечностей, черепа, отслоения сетчатки и выкусывания кусков тела. Результатом самоповреждений может быть то, что они становятся препятствием к освоению навыков и развитию.

Своеобразные умения. У многих детей-аутистов на фоне замедленного общего развития выявляются необычные для их уровня функционирования способности: музыкальные, механические или математические. Одни дети хорошо запоминают и воспроизводят сложные мелодии и песни. Другие способны собрать из маленьких частей составную картинку-головоломку. Третьи сосредоточиваются на запоминании математических таблиц, расписаний движения транспорта или случайных чисел. Есть и такие дети, у которых хорошая механическая память. Обнаруживаемые исключительные умения не могут быть использованы детьми, так как отсутствие других необходимых для социализации способностей не позволяет этого.

Интеллект. Заключение о нормальном интеллекте у детей с аутизмом основывалось на хорошей механической памяти, серьезном выражении лица и отсутствии тяжелых физических аномалий. На самом деле интеллектуальный уровень искажен западением одних способностей и возможным ускоренным развитием других. У 60% этих детей интеллектуальный коэффициент ниже 50, у 20% – между 50 и 70 и еще у 20% – 70 и выше. Оценка интеллекта этих больных очень трудна из-за крайне меняющейся их продуктивности во время прохождения тестовых испытаний. Наиболее успешно выполняются задания, оценивающие манипулятивные и зрительно-пространственные умения, механическую память, и хуже всего – тесты, требующие абстрактно-символического мышления или анализа последовательности событий. Воспринятая аутистами информация не интерпретируется, а ее смысл не осознается. Они не извлекают из нее таких основных признаков, как правила. Переносный смысл слов и предложений понимается буквально, что объясняется затруднениями в анализе абстрактной информации. Не понимают того, что видят и слышат. Это и мешает им оценивать социальное поведение других людей. Имеются большие трудности с восприятием времени. Уровень интеллекта, обнаруженный у дошкольников, не поднимается, он остается тем же и

в школьном возрасте, и у подростков. Успешность овладения школьными навыками зависит от ИК. Существуют данные иного характера о том, что у них рано развиваются абстрактно-логические и запаздывают конкретно-практические стороны интеллекта. Больные беспомощны в быту, у них отсутствуют навыки самообслуживания, они заняты однообразной манипулятивной игрой и в то же время накапливают большой запас знаний в самых неожиданных областях (названия растений, насекомых, стран и т. д.). У них имеется интерес к форме предметов, цвету, вербальному их обозначению. Многие из них любят слушать чтение.

Игра. Своеобразие психического развития и нарушение способности к коммуникации отражаются на игровой активности. В то время как здоровые дети начинают играть с 3—6-месячного возраста, аутисты либо не играют вовсе, либо однообразно манипулируют тем, что попадает в руки. Более трети детей предпочитают неигровые предметы. Однообразные манипуляции с ними дают стимулирующий эффект. Громкий звон крышки от кастрюли, появление света и щелчки при игре с выключателем, шуршание бумаги, осязательное и звуковое восприятие текущей воды — далеко не полный перечень манипуляций детей-аутистов. Значительное число детей не поддается обучению играм. В подавляющем большинстве случаев в играх отражается глубокое нарушение способности к общению: дети обособляются или даже прячутся от окружающих. Играют молча и не откликаются на зов, появляющаяся иногда речь — монолог — ни к кому не обращена или адресуется игрушке.

Аффективная сфера. Характерной чертой детского аутизма считают уплощенную и неадекватную эмоциональность. С этим нельзя полностью согласиться. Аффективные нарушения разнообразнее, наряду с недифференцированностью эмоций отмечаются преобладание сниженного или повышенного настроения, эмоциональная лабильность и даже в некоторых ситуациях необычная чувствительность (сенситивность). В то же время почти все дети обнаруживают недостаточность эмоционального резонанса. Они не реагируют на усталость, огорчение, тревогу близких людей. Однако при разъяснении эмоционального значения ситуации многие дети проявляют вполне адекватные поведенческие реакции. Эти особенности аффективного ответа объясняются недостаточной способностью больных определять эмоциональное состояние окружающих по их мимике, жестикуляциям, интонации речи и т. д. Характерна мимика аутистов — сонно-задумчивое, с оттенком недоумения выражение лица, иногда с неадекватными гримасами и манерничанием. Только сильные стимулы способны изменить эту застывшую, малоподвижную мимику (мимическую атонию). Взгляд у них отрешенный или напряженный, отражающий тревогу, страх. Сохранные отдельные жесты не объединяются в

согласованный и динамичный ансамбль и не выполняют коммуникативной функции, присущей жестикуляции детей.

По особенностям аффективной сферы аутичных детей разделяют на две группы: больных с пониженной возбудимостью и больных с повышенной возбудимостью. Дети первой группы на первом году жизни слишком спокойны, малоподвижны, пассивны, не реагируют на мокрые пеленки, не выражают чувство голода, не проявляют беспокойства при задержке стула, при отсутствии сна не привлекают к себе внимание. У них ослаблены реакции на погремушку в 2—3 месяца, на лицо родственника в 3—5 месяцев, на окружающую среду в 6—9 месяцев. На втором году жизни они вялы и малоподвижны, интересы к игрушкам кратковременны и незначительны. Дети второй группы отличаются тревожностью, аффективной неустойчивостью. У них имеется дискомфорт и многочисленные страхи: появление нового, при взятии на руки, возникновении бытовых шумов и т. д. Часто выявляются соматические расстройства: анорексия, срыгивания, рвоты, желудочно-кишечные дискинезии. Часть этих детей пребывает в состоянии постоянного беспокойства. Они беспричинно кричат, и их редко удается быстро успокоить. Их отличают негативизм, агрессия, истериформные реакции, аффективная возбудимость и немотивированные колебания настроения.

Влечение. Агрессивное поведение, нередко наблюдающееся у больных, может быть связано с тревогой, гневом. Оно направлено на окружающие предметы, близких людей. Нападая, ребенок кусает, ударяет, толкает, царапает или разбрасывает игрушки. Предполагают, что агрессия в отношении матери — показатель ее восприятия как источника запретов. Агрессию может вызвать страх, обусловленный угрожающей, по мнению больного, обстановкой, или переживание ситуации ранее бывшего реального испуга. Некоторые дети стремятся вновь пережить ситуацию страха, так как реализация возникающих влечений приводит к аутостимулирующему эффекту. Агрессия у чрезмерно чувствительных детей объясняется преобладанием у них чувства неприятного. В связи с этим они сопротивляются любому прикосновению даже самых близких им лиц. Переживание фрустрации, особенно при неумелых попытках вступить в общение со сверстниками, также может привести к вспышкам агрессии. Иногда с целью привлечения внимания больные совершают действия, которые расцениваются как агрессивные, хотя таковыми по своей сути не являются.

Провоцировать детскую агрессию могут гнев, негодование, раздражение и неудовольствие взрослых. Истинные проявления расторможенного влечения к нападению наблюдаются не более чем у 10% аутистов. Такие больные мучают животных, истязают родных, раздирают на части кукол и игрушечных зверей. Сверхосторожность аутистов, тесно связанная с «феноменом тождества», со-

четается в трети случаев с противоречащим этому качеству психики отсутствием «чувства края», т. е. с непониманием возможной угрозы извне.

Неразвитость инстинкта самосохранения делает аутистичного ребенка незащищенным во многих жизненных ситуациях. В городе, например, такого больного трудно уберечь от опасностей, подстерегающих его на улице, так как он не понимает последствий ухода от родителей. В сельской местности ребенок не может оценить риска удаления от дома, погружения в водоем, приближения к опасным животным.

Моторика. Примерно у 40% детей-аутистов нарушен мышечный тонус. Их психомоторное развитие отличается увеличением периода между временем обучения стоянию и началом ходьбы. Часть детей в дальнейшем мало двигается, они много сидят, если же и начинают ходить, то не бегают. Большинство аутистов в противоположность этому, находясь постоянно в движении, то импульсивно вскакивают, то останавливаются. Моторная координация, как правило, нарушена. Дети ходят на цыпочках, в движении дергаются, выглядят расслабленными или одеревеневшими. Они перебегают от опоры, размахивают руками или крепко прижимают их к груди, сопровождая многочисленными лишними и причудливыми ужимками и гримасами. Эти особенности активности объясняют не только трудностями освоения простейших двигательных синергий, но и последствиями неудачного опыта начала ходьбы, а также механизмами аутостимулирующих ритуалов. Необычная легкость и грациозность движений некоторых детей проявляется лишь в привычных для них домашних условиях и утрачивается нередко в незнакомой обстановке. Жестикуляция, как правило, не служит средством общения. Нет жестов утверждения или отрицания, приветствия или прощания. С трудом формируются навыки принятия пищи, одевания. Им не удается имитировать моторные навыки, что затрудняет обучение любым двигательным умениям. У трети больных задерживается формирование навыков опрятности, причем у части из них возникает страх горшка. Энкопрез и энурез в некоторых случаях производят впечатление нарочитых, так как сочетаются с негативизмом, аффективной напряженностью и злобностью. У 70% аутистов выявляется леворукость, тогда как у нормальных детей она встречается в 12% случаев.

Клинические формы аутизма. Среди детей с аутизмом различают: 1) «отчужденных» — с низким уровнем социального сознания, серьезными нарушениями поведения: агрессией, стереотипиями, манипулятивной игрой; 2) «пассивных» — с крайним ограничением социальных контактов, не получающих удовлетворения от предлагаемого общения и частой непосредственной эхолалией; 3) «активных, но странных» — с недостаточным развитием социального сознания, постоянным разыгрыванием од-

них и тех же ситуаций, абстрактными интересами, отсутствием внимания к остальному миру и отсутствием практической направленности в действиях.

Неврологическая симптоматика. Невыраженные неврологические симптомы обнаруживаются у всех обследуемых. Отчетливая органическая симптоматика имеет место более чем у половины детей. Среди обнаруживаемых неврологических признаков — клонус коленных суставов и стоп, повышение сухожильных рефлексов, общая гиперрефлексия, страбизм, гиперкинезы, нарушения походки, мышечная гипер- и гипотония и др. пирамидные и экстрапирамидные нарушения.

Эпилептические припадки встречаются у 25—40% больных. Чаще они не достигают сложности больших судорожных припадков и носят характер пропульсивных пароксизмов («кивков, клевков, молниеносных припадков»). У 50—80% пациентов обнаруживаются патологически измененные электроэнцефалографические данные с фокально или диффузно распространенными вспышками эпилептической активности (спайками, медленными волнами или комплексами «пик—медленная волна»). Чем младше ребенок, тем чаще эти «находки» сочетаются с проявлениями ранних детских припадков.

У 29% больных детей отмечается *гидроцефалия.* Исследование с помощью магнитного резонанса у 20% больных выявляет более или менее выраженную атрофию коры головного мозга и расширение желудочков. Изучение вызванных потенциалов и мозгового кровотока свидетельствует о нарушении функции левого полушария.

Психосоматические симптомы наблюдаются у трети детей. Среди них наиболее часто встречаются тяжелые экссудативные диатезы, экзематозные дерматиты, повторные пневмонии, астматические бронхиты, аллергические реакции на инфекции и медикаменты, запоры, поносы, срыгивания, рвоты, расстройства засыпания, пробуждения и глубины сна. Характерная особенность аутистических детей — аритмия сердечной деятельности, нарастающая при стереотипной активности и уменьшающаяся при выполнении получаемых от взрослых заданий.

Алеша, 3 года 7 месяцев. Обратились с жалобами на нежелание ребенка общаться с окружающими и отсутствие у него речи. Он не обращает внимания на происходящее вокруг. Его игровая активность однообразна. Боится незнакомых. Не ходит в туалет, мочится повсюду.

Бабушка со стороны отца — очень тревожный человек.

Отец, 24 года,— военнослужащий, педант. В 10 лет перенес продолжительную депрессию.

Мать, 23 года,— тревожная личность, хотела девочку.

Мальчик от первой беременности. На 7-м месяце — угроза выкидыша. Родился обвитым пуповиной. Была родовая травма, гипоксия.

Отмечена повышенная нейрорефлекторная возбудимость. Из родильного дома выписан на 28-й день. В 1,5 месяца неполная блокада пучка Гиса. В 3 месяца перенес ветряную оспу. Отит. ОРЗ. Лечился у неврологов из-за гипотрофии. Начал гулить с 2,5 месяцев, но речи нет до сих пор. Стоять начал с 8,5 месяца. Ходит с 13 месяцев. До полутора лет много спал. Была вялая реакция на дискомфорт от мокрых пеленок. Грудь брать отказывался. Всегда выглядел печальным, недостаточно живо эмоционально реагировал. В 2-летнем возрасте после переезда не мог привыкнуть к новой постели. Был очень чувствителен к переменам. В 3 года был отправлен в детсад. Поднялась температура до 39 °С. В отличие от дома пытался есть и жидкую пищу, и кусочки мяса. Спустя 3 месяца перестали водить в детсад. Дома был с матерью, к которой привязан. В это время проявлял ласку, целовал мать, прижимался к ней. Имитировал домашнюю работу. Ел мало и избирательно. Мочился там, где стоял. На гостей отреагировал тем, что спрятался под кровать, на все просьбы так и не вышел оттуда. Остается при необходимости с бабушкой. Отца полностью игнорирует. Играет с кубиками, мозаикой, складывает полосы в соответствии с цветом. Домики строит, пока они у него не упадут. Часами изо дня в день составляет оранжевые и синие круги. Бесконечно закрывает и открывает двери. Злится, если у него что-либо не получается. Боится ездить на велосипеде. На бумаге чиркает левой рукой. Расстраивается, когда уходит мать. Иногда смотрит книжки. Пытается воспроизводить движения, напоминающие танец. Перед зеркалом корчит рожи. Когда возникает какое-либо желание, берет руку взрослого и ведет туда, куда ему надо. Глазной контакт практически не устанавливается. Временами, если что-нибудь не нравится, кричит, кусает себя. Походка своеобразная, подпрыгивающая, передвигается боком.

Оттопыренные уши, поперечные складки на ладонях, короткие пальцы. Высокое небо. Гипертрихоз (необычно распространенная волосистость).

На компьютерной томографии обнаружена гипоплазия гипофиза, червя и миндалины мозжечка, расширение 4-го желудочка. Увеличение внутричерепного давления.

У ребенка отмечается пренатальная и перинатальная патология. Развитие с большими отклонениями. Нет реакции на дискомфорт, эмоциональные реакции вялые. Речь не развивается. Нет глазного контакта. Со взрослыми обращается как с механизмами для получения желаемого. Имеется симптом тождества. Игры манипулятивные и стереотипные. Навыки пользования туалетом не сформировались. Нет умения обслужить себя. По отношению к матери — симбиотическая привязанность. С другими людьми не общается. Страхи всего непонятного. Реакции протеста и негодования с аутоагрессией. Перечисленные признаки своеобразного недоразвития психики, возможно, органического генеза следует диагностировать как детский аутизм. Ребенок нуждается в посещении специального детского учреждения для детей с нарушениями общения. Следует сделать попытку развить речь, преодолеть страхи, облегчить формирование навыков общения, самообслуживания. Возможно, принесет пользу холдинг-терапия или поведенческая психотерапия.

Этиология. *Психодинамический подход (психогенез).* За возникновение аутизма считают ответственными эмоциональную холодность родителей Л. Каннер (1943), Л. Десперт (1968), В. Гольдфарб (1961), Б. Беттельхейм (1967). Другие авторы полагают, что этот синдром — проявление плохо адаптированного поведения из-за неправильного обучения родителями, их ярости и отвержения детей, а также подкрепления родителями аутистического поведения [Кразнер Л., Ульман Л., 1965 и др.]. В настоящее время представления о связи описываемого расстройства с семейными или какими-то психодинамическими факторами не нашли подтверждения.

Аутизм рассматривают также как проявление шизофрении [Малер М., 1955, Сухарева Г., 1937 и др.].

Своеобразное искаженное недоразвитие, приводящее к нарушению социального взаимодействия из-за специфических нарушений речи,— таково наиболее распространенное в настоящее время представление о сути аутизма.

Около 2% братьев и сестер больных аутизмом страдают той же болезнью. Это в 50 раз больше, чем в здоровой популяции. Конкордантность по аутизму у монозиготных пар равна 35%, а дизиготных — 0. У неаутичных членов семей могут быть нарушения познавательных функций, но менее выраженные, чем у больных.

Его причиной могут стать также *врожденные нарушения обмена* при фенилкетонурии, гистидинемии, церебральном липидозе, мукополисахаридозах, нарушениях пуринового обмена. При этом патогенез аутизма понимается как увеличение содержания серотонина и уменьшение уровня дофамина в базальных ганглиях головного мозга. Существует взгляд, объясняющий механизм возникновения детского аутизма *аутоиммунными процессами.* В процесс созревания нейронов, их перемещения, формирования синапсов могут вмешаться иммунные механизмы и привести к появлению аномальных нейрональных связей. Эти ранние расстройства клеточной миграции могут стать основой грубой мозговой патологии или даже смерти. Серотонин, являющийся естественным фактором, управляющим развитием аксонов и формированием синапсов, не справится со своей задачей, если его содержание будет недостаточно или если соответствующие рецепторы не будут к нему чувствительны. Наличие у аутистов антител к мозговому серотонину в момент синаптогенеза препятствует формированию нормальных мозговых структур, и, как следствие, появляются аутистические симптомы. Причина появления антител к серотонинэргическим нейронам неясна, возможно, что первичен клеточный иммунный ответ, а гуморальная реакция, возникающая в процессе образования аномальных нейрональных связей, вторична.

Неврологический и нейрофизиологический подход. Л. Бендер (1959) в основе аутистического синдрома видит органическое по-

ражение ЦНС. Б. Римленд (1964) связывает происхождение аутизма с недостаточной активацией ретикулярной формации, а Ц. Хатт, С. Хатт, Ц. Оунстед (1964) – с ее перевозбуждением. Нарушением интеграции сенсорных стимулов (зрительных, слуховых, обонятельных) объясняют происхождение аутизма Е. Энтони (1958) и Е. Шоплер (1965). Мозг аутиста обрабатывает сенсорную информацию иначе, чем здоровый ребенок.

Детский аутизм может быть связан с пренатальными или перинатальными осложнениями – легкими органическими повреждениями головного мозга. Например, с внутриутробной краснухой или перенесенным после рождения коклюшем, сифилисом, ревматизмом, туберкулезом, энцефалитом, интоксикацией. Этот синдром наблюдается также у больных с детским церебральным параличом. Неврологические симптомы подтверждают факт участия биологических вредностей в происхождении аутизма.

Так, у 10–83% аутистов различная патология на ЭЭГ, указывающая на отсутствие полушарной латерализации. ПЭГ выявляет поражение височной доли и расширение 3-го желудочка. Аутизм трактуют как разновидность резидуально-органических расстройств психики, обусловленных врожденной или рано приобретенной слабостью подкорковых и срединных структур, нарушениями взаимодействия полушарий. Нарушения вызванных потенциалов, быстрых движений глаз (REM) в соответствии с результатами записи ЭЭГ указывают на отставание созревания структур ЦНС. Аномальные ответы на сенсорные стимулы истолковываются различно: как неспособность удерживать стойкие образы перцепторного опыта, как неспособность перейти от опоры на тактильные восприятия, движения и запах к опоре на зрение и слух, как неспособность передавать информацию от одного органа чувств к другому. Предположено также, что повреждение ретикулярной формации у аутистов приводит к хроническому состоянию недостатка стимуляции, что ограничивает способность реагировать на внешние раздражители. Другое мнение – чрезмерное возбуждение ретикулярной формации заставляет фильтровать внешние стимулы и избегать ситуаций, при которых меняется среда и тем самым возрастает активация. Третий подход – дисбаланс между ретикулярной и лимбической системами не позволяет больному установить связь между своим поведением и положительными или отрицательными подкреплениями. Отмечено также, что дисфункция вестибулярной системы играет ведущую роль в происхождении аутизма.

Абилитация и педагогическая коррекция. Так как аутизм – состояние своеобразного недоразвития, его следует не лечить, а развивать имеющиеся ресурсы психики. В связи с тем, что при аутизме основную симптоматику составляют поведенческие нарушения, то именно они в первую очередь требуют коррекции.

С этой целью используются классическая психотерапия, поведенческая психотерапия, лечебная педагогика, психофармакология, диетическое лечение. Семейная психотерапия, в частности, включает консультацию родителей, объяснение им особенностей ребенка, составление индивидуальной программы для воспитания в домашних условиях, обучение родителей методам воспитания, организации режима и т. д. Психологическая коррекция складывается из контакта со взрослыми, смягчения сенсорного и эмоционального дискомфорта, страхов, обучения навыкам взаимодействия, формирования целенаправленного поведения, преодоления отрицательного поведения (агрессии, негативизма, расторможенности влечений). Педагогическая коррекция направлена на активацию взаимодействия с педагогом, обучение навыкам самообслуживания, исправление недоразвития восприятия, моторики, внимания, речи.

Тест для самостоятельной работы

1. *Детский аутизм — это:*
   а) *нарушения в социальном взаимодействии, нарушения коммуникабельности и воображения, значительное сужение интересов и активности;*
   б) *умственная отсталость;*
   в) *резко выраженная интровертированность.*

2. *Нарушения в социальном взаимодействии при детском аутизме — это:*
   а) *отсутствие стремления к общению, недостаток привязанности, слабость эмоциональных связей;*
   б) *отсутствие реакций на раздражители;*
   в) *симбиотическая привязанность.*

3. *Нарушения коммуникабельности при детском аутизме — это:*
   а) *отсутствие речи или ее замедленное и извращенное развитие;*
   б) *мутизм;*
   в) *эхолалии.*

4. *Изменение активности при детском аутизме — это:*
   а) *аутостимуляция, стереотипии, аутоагрессия;*
   б) *двигательная расторможенность;*
   в) *«полевое поведение».*

5. *Отставленная эхолалия — это:*
   а) *воспроизведение услышанного спустя значительное время после запечатления;*
   б) *немедленное повторение услышанной речи;*
   в) *«попугайная речь».*

6. *Симптом тождества — это:*
   а) *озабоченность сохранить неизменность окружения;*
   б) *склонность к самоповреждениям;*
   в) *предпочтение определенных видов пищи.*

7. *Уровень интеллекта у аутистов:*
   а) более чем у половины ниже 50;
   б) у всех высокий (выше 80);
   в) у всех одинаково низкий (ниже 50).

8. *Эмоциональные проявления у аутистов:*
   а) эмоциональная тупость;
   б) недифференцированность эмоций, преобладание сниженного или повышенного настроения, эмоциональная лабильность и сенситивность;
   в) неадекватная аффективность.

9. *Моторное развитие у аутистов:*
   а) замедленное;
   б) не отличается от нормального;
   в) выражается в нарушенной координации, атонии, гипомимии.

10. *Неврологическая симптоматика при аутизме:*
   а) отсутствует;
   б) имеется более чем у половины детей;
   в) у всех грубые неврологические симптомы.

11. *Детский аутизм — это:*
   а) прогрессирующая болезнь;
   б) форма умственной отсталости;
   в) своеобразное искаженное недоразвитие, приводящее к нарушению социального взаимодействия из-за нарушений речи.

12. *Этиология детского аутизма:*
   а) психическая травматизация в раннем детском возрасте;
   б) органическое поражение головного мозга;
   в) неспецифический синдром различного происхождения.

Рекомендуемая литература

Башина В. М. Аутизм в детстве.— М.: Медицина, 1999.
Грэндин Т., Скариано М. М. Отворяя двери надежды.— М.: Арена Пресс, 1999.
Гилберг К., Питерс Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты.— СПб.: ИСПиП, 1998.
Каган В. М. Аутизм у детей.— Л.: Медицина, 1981.
Каган В. Е. Неконтактный ребенок.— Л.: Медицина, 1989.
Лебединская К. С. и др. Дети с нарушениями общения.— М.: Просвещение, 1989.
Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок.— М.: Теревинф, 1997.
Питерс Т. Аутизм.— СПб.: ИСПиП, 1999.
Детский аутизм. Составитель и ред. Шипицына Л. М.— СПб., 1997.

Глава 17
РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Поведение некоторых детей и подростков обращает на себя внимание нарушением норм, несоответствием получаемым советам и рекомендациям, отличается от поведения тех, кто укладывается в требования семьи, режима школы и морали общества.

«Расстройства поведения характеризуются стойким типом диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения. Такое поведение в своей наиболее крайней степени доходит до выраженного нарушения соответствующих возрасту социальных норм и является поэтому более тяжелым, чем обычный ребяческий злой умысел или подростковое бунтарство. Изолированные диссоциальные или криминальные акты сами по себе не являются основанием для диагноза, подразумевающего постоянный тип поведения» (МКБ-10). Если нарушение поведения возникает как проявление других нервно-психических расстройств, то тогда оно диагностируется в рамках этих расстройств и соответствующим образом кодируется.

Диагноз расстройства поведения может быть поставлен лишь с учетом возраста ребенка. В раннем дошкольном возрасте вспышки гнева с соответствующим поведением не являются отклонением. Нарушения гражданских и имущественных прав детьми дошкольного возраста также не могут быть основанием для оценки их как отклонения поведения. Диагноз нарушенного поведения ставится на основании чрезмерной драчливости, хулиганства, жестокости, разрушительных действий, поджогов, воровства, лживости, прогулов в школе, уходов из дома, необычно частых и бурных вспышек гнева, вызывающего провокационного поведения, откровенного непослушания. Обычно основанием для соответствующей оценки поведения служит продолжительность описанных отклонений, составляющая 6 и более месяцев. Поведение, характеризующееся отклонением от принятых нравственных, а в некоторых случаях и правовых норм, называют девиантным. Оно может включать антидисциплинарные, антисоциальные, делинквентные (противоправные) и аутоагрессивные (суицидальные и самоповреждающие) поступки. Они по своему происхождению могут обусловливаться различными отклонениями в развитии личности (диссоциальное личностное расстройство, F60.2) и ее реагирования. Чаще это поведение — реакции детей и подростков на труд-

ные обстоятельства жизни. Оно находится на грани нормы и болезни и потому должно оцениваться не только педагогом, но и психологом (врачом). Если же девиантное поведение возникает у детей с нарушением формирования личности или в процессе патологических ситуационных реакций, то оно относится к нервно-психической патологии. Возможность появления отклонений в поведении связана также с особенностями физического, психологического развития, условиями воспитания и социального окружения.

Распространенность. Среди психоневрологических расстройств детского возраста распространенность нарушений поведения велика, точное суждение об их числе затрудняется тем, что определения этого понятия разными специалистами формулируются различно. Среди сельских детей (10—11 лет) составляет 4%, а среди городских детей этого же возраста в 2 раза выше. У мальчиков нарушения поведения встречаются в 3 раза чаще, чем у девочек. Из числа детей, приходящих на прием в амбулаторные учреждения, от 1/2 до 1/3 — с агрессивностью, поведенческими отклонениями и антисоциальным поведением.

Систематика. Поведенческие отклонения у детей классифицируются различно в зависимости от критериев и представлений об этиологии. Г. Е. Сухарева (1959) систематизирует поведенческие расстройства в рамках психогенных реактивных состояний на основании степени остроты и интенсивности психотравмы, соотношения ситуационных и личностных моментов. В. В. Ковалев (1995) понимает нарушения поведения как разновидность психогенных характерологических и патохарактерологических реакций и подразделяет их на реакции протеста, отказа, имитации, компенсации и гиперкомпенсации, эмансипации, группирования, увлечения. Здесь приводится описание расстройств поведения в соответствии с этой систематикой.

Характерологическая реакция — преходящее, ситуационно обусловленное изменение поведения ребенка, проявляющееся главным образом при определенных обстоятельствах. Она психологически направленна, не приводит к нарушениям социальной адаптации и не сопровождается соматическими расстройствами.

Патохарактерологическая реакция — психогенная личностная реакция, проявляющаяся отклонениями в поведении ребенка; она приводит к нарушениям социально-личностной адаптации и сопровождается соматовегетативными расстройствами. Обычно она развивается на основе характерологической, однако при наличии неблагоприятного фона (акцентуации характера, органической недостаточности, дисгармонически протекающем возрастном кризе) сразу принимает патологические формы. Показателем перехода в патохарактерологическую реакцию являются нарушения поведения, появляющиеся вне ситуации, в которой они первоначально

возникли, частичная утрата психологической понятности их возникновения, большая выраженность аффективных расстройств и явные соматовегетативные нарушения. Как правило, патохарактерологические реакции нарушают приспособление детей к условиям семейной жизни, детскому коллективу, расстраивают взаимоотношения со взрослыми и сверстниками. Они становятся поводом для обращения за консультацией к специалисту (психологу, врачу).

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ, СВОЙСТВЕННЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ДЕТЯМ

Реакция оппозиции или протеста. В раннем дошкольном возрасте она может возникнуть при ограничении активности ребенка, при чрезмерном или насильственном кормлении, при преждевременном или неумеренно строгом приучении к горшку. У старших детей в основе реакции протеста — глубокая обида, ущемленное самолюбие, недовольство, озлобленность, возникающие из-за чрезмерных требований, непосильных нагрузок, утраты или недостатка внимания, несправедливых или жестоких наказаний.

Реакции активного протеста — непослушание, грубость, разрушительные действия, вызывающее или агрессивное поведение.

Реакции пассивного протеста — отказ от еды, уход из дома, попытки самоубийства, отказ от речи (мутизм), энурез, энкопрез, повторные рвоты, запоры, насильственный кашель, замаскированная враждебность к «обидчику», замкнутость, нарушение эмоционального контакта.

Реакция отказа. Самые ее типичные проявления встречаются в раннем возрасте. Она возникает в связи с утратой ребенком чувства безопасности, неудовлетворенной потребностью в общении с эмоционально значимой фигурой. Наиболее выраженные проявления этой реакции — неподвижность, заторможенность, отсутствие стремления к общению, исчезновение реакций на происходящее вокруг. Утрачивается желание играть, наслаждаться сладостями. Появляются подавленность, расстройство сна, утрата аппетита. Способствует возникновению этой реакции ослабленность соматическими заболеваниями.

Реакция имитации. Она характеризуется копированием поведения наиболее авторитетного для ребенка лица. Ребенок может подражать активности взрослого или поведению референтной группы (асоциальной компании детей). Нарушение поведения возникает, когда копируются асоциальные формы поведения (сквернословие, хулиганские поступки, воровство, бродяжничество), вредные привычки (онанизм), аддиктивное поведение (курение,

вдыхание летучих веществ, употребление алкоголя). Эта реакция особенно упорно повторяется и приводит к более глубокой дезадаптации, если развивается на фоне расторможенных влечений или сама провоцирует преждевременное развитие инстинктивных проявлений (например, сексуальных).

Реакция компенсации. Может возникнуть как форма психологической защиты, при которой разочарованные своей неудачей в одной сфере дети стремятся достичь больших успехов в других областях. Эта реакция может лечь в основу нарушений поведения, если ребенок, не сумевший проявить себя в школе, станет укреплять свой авторитет за счет асоциального поведения (хулиганства, воровства и т. д.).

Реакция гиперкомпенсации отличается от предыдущей тем, что свою неспособность или свой дефект дети преодолевают за счет сверхусилий в наиболее трудной для них области деятельности. Если пугливый подросток будет пытаться гиперкомпенсировать свой страх нападениями на других подростков или опасной ездой на велосипеде, мотоцикле, автомобиле (угоняя их у владельцев), то таким образом эта реакция станет механизмом развития нарушенного поведения.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ, СВОЙСТВЕННЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОДРОСТКАМ

Реакция эмансипации. Это стремление высвободиться из-под опеки родителей, воспитателей и вообще всех взрослых. Способствует появлению этой реакции мелочная опека, лишение самостоятельности, постоянное давление, отношение к подростку как к несмышленому маленькому ребенку. Реакция эмансипации проявляется скрытым сопротивлением порядкам или попытками уйти из-под контроля взрослых. В первом случае это игнорирование советов, указаний и инструкций, непринятие помощи, упрямые попытки делать все самостоятельно, отвержение правил и норм, установленных взрослыми. Во втором случае это попытки устройства самостоятельной жизни.

Реакция группирования осуществляется созданием неформальных групп сверстников и подростков, несколько старших или младших по возрасту. Эти группы обычно отличаются определенной стойкостью. Наиболее склонны к объединению подростки, запущенные и безнадзорные. Активность таких групп нередко носит антисоциальный характер (хулиганство, мошенничество, воровство).

Реакции увлечения тесно связаны с влечениями, наклонностями, интересами личности и проявляются удовлетворением некоторых потребностей, побуждений. Выделяют информативно-

коммуникативные увлечения (удовлетворение жажды получения новых сведений, потребности в контактах, позволяющих обмениваться новой информацией); увлечения, основанные на удовлетворении чувства азарта (возникающие при различных играх, в особенности на деньги или другой «интерес»); эгоцентрические увлечения, позволяющие быть в центре внимания (участие в художественной самодеятельности, спортивных выступлениях); увлечения, обусловленные страстью к накопительству (разные виды коллекционирования); увлечения, основанные на стремлении к телесно-мануальному совершенствованию (культуризм, боди-билдинг); увлечения, основывающиеся на стремлении к лидерству (поиск ситуаций, где можно предводительствовать); интеллектуально-эстетические увлечения (связанные с глубоким интересом к современной или классической музыке, рисованию, радиотехнике, моделированию). Эти увлечения могут быть одной из причин нарушения поведения, так как ради осуществления своей «страсти» забрасывается учеба, заводятся сомнительные знакомства, производятся противозаконные операции по обмену, продаже и т. д. Постоянная сосредоточенность на хобби, аффективная заряженность в процессе осуществления своего увлечения позволяют эти реакции в ряде случаев рассматривать как сверхценные образования (осуществление сверхценных идей). Болезненный характер этих увлечений подтверждается также нелепостью цели, которую ставит перед собой подросток (составить коллекцию экскрементов животных, лапок насекомых, осколков посуды), непродуктивностью увлечения (отсутствуют завершенные итоги того, на что могут быть потрачены годы), пренебрежением к своим обязанностям члена семьи, ученика, друга и отсутствием внимания к своему здоровью, внешнему виду, карьере, доброму имени.

Нарушение поведения, обусловленное реакцией на свое физическое состояние. Оценивая свое тело, подросток, сталкиваясь со своей физической необычностью, делает вывод о своей социальной неполноценности. Может возникнуть желание компенсировать свои недостатки в другой сфере либо попытаться их исправить. Быстрый рост во время полового созревания приводит к непропорциональному удлинению конечностей, запаздыванию формирования нервно-мышечного аппарата, что нарушает координацию движений и проявляется в неуклюжести. Намеки или упреки окружающих по поводу своеобразной внешности или неловкости вызывают бурные аффекты, искажают поведение. Отстающие в развитии, худые и низкорослые мальчики (ретарданты) окружающим представляются незрелыми и неприспособленными. Они испытывают потребность в опеке, проявляют мятежность. Чтобы изменить неблагоприятное впечатление о себе, они вынуждены постоянно проявлять изобретательность, предприимчивость, «храбрость», находиться на виду и своими «достижениями» доказывать свою по-

лезность и даже незаменимость в группе, к которой принадлежат. Такая активность приводит к трудностям общения и эмоциональному напряжению, которые создают условия для нарушенного поведения. Рано созревающие подростки имеют мало времени для того, чтобы приспособиться к новому физическому облику, возникающему в связи с этим психическому состоянию и положению среди сверстников и в семье. Реакции на особенности тела различны у мальчиков и девочек.

Нарушения поведения, обусловленные формирующимся сексуальным влечением. Темп, время, осложненность полового созревания оказывают влияние на поведение.

При преждевременном половом развитии в одних случаях возникают аффективные расстройства, в других – психопатоподобные нарушения поведения типа дисгармонического инфантилизма, нарушений поведения (претенциозность, вспыльчивость, агрессивность), расстройство влечений, особенно сексуального.

При задержанном половом развитии появляются медлительность, несобранность, неуверенность, неуклюжесть, вялость, импульсивность и трудности приспособления к новой ситуации. Подростки становятся несобранными, неуверенными в себе.

У старших детей могут наблюдаться необычная жестокость (садизм), подглядывания за обнаженными людьми, переодевание в одежду другого пола, самообнажение, совместный онанизм, принуждение к обнажению других подростков и детей, извращенный интерес к мочеиспусканию и дефекации, совращение младших детей. У подростков также наблюдаются сексуальные фантазии с мастурбацией, рассуждения на эротические темы, эксгибиционистские игры (с раздеванием друг друга), ранние гетеросексуальные контакты, гомосексуальные орально-генитальные и анально-генитальные контакты, беспорядочные половые связи. Сексуальные влечения могут стать причиной агрессии.

У подростков недостаточно осознанное и повышенное половое влечение. Еще не завершена половая идентификация. Поэтому легко возникают отклонения в сексуальном поведении. Особенно им подвержены подростки с ускоренным и замедленным созреванием. У первых сильное половое влечение возникает задолго до социальной зрелости, у вторых – появляется желание самоутвердиться, обгоняя сверстников в сексуальной активности. Кроме того, отстающие в развитии могут стать объектом совращения своими старшими товарищами. Сексуальные девиации у подростков зависят от ситуации и являются преходящими. Среди них могут быть визионизм (подглядывание за обнаженными), эксгибиционизм (демонстрация своей наготы), манипуляции с половыми органами младших детей или животных. По мере взросления и при переходе к нормальной половой жизни девиации исчезают полностью. При неблагоприятных случаях они ста-

новятся дурной привычкой и сохраняются наряду с нормальным сексуальным поведением или возобновляются при отсутствии нормальной половой жизни, совращающем влиянии. Если мастурбация появляется до полового созревания, достигает большой частоты, сопровождается невротической симптоматикой или депрессивными переживаниями из-за своего поведения, ее следует рассматривать как девиацию. Петтинг, т. е. взаимные ласки без совершения полового акта, для достижения оргазма, применяется подростками с целью избежать дефлорации и беременности. Девиантным его можно считать, если практикуется до возраста полового созревания. Возникновение половых отношений до полного физического созревания может рассматриваться как девиация. Подростковый промискуитет (неоднократная смена партнеров и частые половые сношения) — сексуальная девиация. Она нередко сочетается с алкоголизацией, которая у одних растормаживает влечения, а у других приводит к пассивному подчинению. Преходящий подростковый гомосексуализм обычно обусловливается ситуацией. Часто он проявляется в закрытых учебных заведениях, где сосредотачиваются подростки одного пола. У младших подростков эта девиация может обусловливаться развращением, подражанием и принуждением. Эта девиация чаще обнаруживается у подростков мужского пола, чем у девушек. Возможность возникновения преходящего гомосексуализма объясняется недостаточной зрелостью полового влечения. В отличие от истинного гомосексуализма — всегда привлекателен объект противоположного пола.

Нарушение поведения, обусловленное психологическими особенностями. У младших подростков отмечаются диспропорции в уровне и темпах развития личности. Появляющееся чувство взрослости приводит к завышенному уровню притязаний. Эмоциональность становится неустойчивой, отличается резкими колебаниями настроения, быстрыми переходами от экзальтации к сниженному настроению. При столкновении подростка с непониманием его стремлений к самостоятельности, а также в ответ на критику физических способностей или внешних данных возникают вспышки аффекта. Наиболее неустойчивое настроение отмечается в 11—13 лет у мальчиков и в 13—15 лет у девочек. На этот же возраст приходится наиболее выраженное упрямство. У старших подростков завершается физическое созревание, эмоциональная неустойчивость становится менее выраженной. Их волнует право на самостоятельность, они ищут свое место в жизни. Происходит дифференциация способностей, интересов, вырабатывается мировоззрение, определяется психосексуальная ориентация. Однако целеустремленность и настойчивость в этом возрасте все еще уживаются с импульсивностью и неустойчивостью. Чрезмерная самоуверенность и категоричность сочетаются с чувствительностью

и неуверенностью в своих силах. Стремление к широким контактам уживается с желанием быть в одиночестве, бесцеремонность со стеснительностью, романтизм с прагматизмом и цинизмом, потребность в нежности с садизмом. Развитие личности подростка происходит под влиянием культуры и общества, воспитывающих его, связано с социально-экономическим положением и полом. Половое созревание у современных подростков завершается раньше наступления социальной зрелости. Имеющаяся свобода выбора жизненного пути удлиняет время приспособления. При этом социальное созревание происходит неравномерно и зависит от завершения образования, материальной независимости или наступления совершеннолетия. Подросток в некоторых сферах жизни может оказаться неприспособленным и тяжело переживать свою несостоятельность. Например, располагая авторитетом в группе спортсменов, подросток может оказаться совершенно незрелым во взаимоотношениях с лицами противоположного пола. В течение жизни подростка происходит расширение диапазона социальных ролей: ученика, участника самодеятельности, члена спортивной команды и т. д. Однако их освоение происходит с трудом, что может привести к большому эмоциональному напряжению и нарушению поведения. Меняется субъективная значимость и соотношение разных ролей и отношений.

АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА

Поведение детей и подростков определяется тем, чтó из себя представляют особенности его психики, ибо она как носительница предшествующего опыта и врожденных, а также приобретенных способов реагирования на обстоятельства жизни фактически организует систему отношений с окружением. Оценить поведение как отдельный процесс недостаточно, следует изучать носителя этого процесса — личность. Иначе деятельность будет изучаться в отрыве от деятеля. Личность выявляется во всякой деятельности, определяясь в каждой реакции историей ее прошлого. Поэтому для правильного объяснения совершаемой деятельности необходимо знание личности и ее особенностей. Личность — это динамическая организация в индивиде тех психофизических систем, которые определяют ее целостное приспособление к ее окружению (Allport G.). Личность выступает как воедино связанная совокупность внутренних психических условий, через которые преломляются все внешние воздействия.

Люди различаются между собой такими отличительными особенностями, которые придают им индивидуальные черты. Эти индивидуальные черты, по мнению K. Leonhard (1976), относятся к

фере направленности интересов и склонностей, к сфере чувств и оли и сфере, связанной с интеллектом (заинтересованность, тремление к упорядоченности). Акцентуированные черты далеко ie так многочисленны, как варьирующиеся индивидуальные. Акцентуация — это, в сущности, те же индивидуальные черты, но обладающие тенденцией к переходу в патологическое состояние. При большой выраженности они накладывают отпечаток на личность как таковую и, наконец, могут приобретать патологический характер, разрушая структуру личности. Акцентуированные личности не являются патологическими. Среди них личности и с ярко выраженным оригинальным психическим складом.

В акцентуированных личностях потенциально заложены как возможности социально-положительных достижений, так и социально-отрицательный заряд. О переходных степенях между психопатией и нормальным состоянием и о столь слабой выраженности психопатии, что при обычных условиях она не выявляется, писал В. М. Бехтерев (1886). Сюда же можно отнести «легко теряющих равновесие» [Dalemagne, 1894], «дискордантно-нормальных, [Kahn E., 1926], «латентных психопатов» [Ганнушкин П. Б., 1933].

А. Е. Личко (1983) утверждает, что при акцентуациях характера его особенности в противовес психопатиям могут проявляться не везде и не всегда. Они могут обнаруживаться только в определенных условиях. Эти особенности не препятствуют удовлетворительной социальной адаптации, или же ее нарушения бывают преходящими. Каждому типу акцентуации присущи свои, отличные от других типов «слабые места». Так, для гипертимного характера трудна ситуация изоляции, а для шизоидного — необходимость установить неформальные эмоциональные контакты. При определенных обстоятельствах акцентуант может обнаружить повышенную устойчивость. Шизоид легко переносит одиночество, гипертим — обстановку, требующую повышенной активности. В связи со сказанным А. Е. Личко дает следующее определение: акцентуации характера — это крайние варианты его нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

Число акцентуированных личностей в популяции составляет 50%. Причем эти данные справедливы как для взрослого, так и для детского населения [Leonhard K., 1976]. Среди старших подростков акцентуанты встречаются в 62% [Иванов Н. Я., 1978]. Отмечена зависимость частоты встречаемости акцентуаций характера от пола. Например, и в младшем подростковом возрасте, и в старшем больше акцентуантов среди лиц мужского пола, 52—42% и 52—51% соответственно.

А. Е. Личко (1977) описывает следующие *основные типы ак-*

центуаций характера: гипертимный, циклоидный, лабильный, астеноневротический, сенситивный, психастенический, шизоидный, эпилептоидный, истероидный, неустойчивый.

Гипертимный тип. Характеризуется приподнятым настроением, жаждой деятельности, повышенной словоохотливостью, неугасимым оптимизмом, только на короткое время омрачаемым при несчастьях и неудачах. Усиленная жажда деятельности способствует достижению производственных и творческих успехов. Недостаточно устойчивое внимание может привести к интересным ассоциациям. Гипертимические личности – блестящие собеседники, всегда находящие увлеченных и благодарных слушателей, все же они могут пройти мимо того, к чему надо отнестись серьезно. Они способны нарушить этические нормы, не очень при этом раскаиваясь. Пускаются в сомнительные предприятия, часто ставя при этом на карту свое имущество, положение, авторитет. Они за многое берутся, но не всегда доводят дело до конца. С детских лет они шумливы, общительны, чрезмерно самостоятельны, смелы, склонны к озорству, вспыльчивы, легко вступают в конфликты, всегда стремятся верховодить, из-за отвлекаемости и неусидчивости учатся неровно.

Половое чувство пробуждается рано, поэтому возможны ранние проявления сексуальности.

«Слабое место» гипертима – непереносимость однообразной обстановки, монотонного труда, ограничения контактов, безделья, противодействие лидерским установкам.

Циклоидный тип. Этому типу свойственна смена гипер- и дистимических состояний, происходящая без видимого повода или в связи с теми или иными событиями. Длительность этих состояний колеблется от нескольких дней до нескольких недель. При дистимических состояниях наблюдаются вялость, упадок сил, снижение настроения, затрудняется общение, падает работоспособность, тяжело переживаются даже мелкие неприятности и переживания. Падает аппетит, ухудшается сон, по утрам нередко отмечается разбитость, появляются жалобы на скуку, бывают мысли о собственной никчемности, суицидальные намерения. В этой фазе особенно трудно изменение привычного жизненного распорядка, например смена строго регламентированной жизни с родителями на самостоятельное существование вне семьи.

Гипертимное состояние по своим характеристикам приближается к тому, что наблюдается при гипертимной акцентуации.

Лабильный тип. Носители этого типа реагируют на жизнь более бурно, чем остальные. Они одинаково легко приходят в восторг от радостных событий и в отчаяние от печальных. Изменения настроения менее связаны с эгоистическими стимулами, чаще они мотивируются альтруистическими побуждениями. У них развиваются сильные привязанности. До глубины души они пронизa-

ны любовью к музыке, искусству, природе. Эти акцентуанты крайне впечатлительны, сострадание и жалость к обиженным и обездоленным могут привести их в отчаяние. Артистическая одаренность — частое качество лабильных личностей.

В детстве они не отличаются от сверстников или оказываются более невротичными. Сексуальная активность обычно ограничивается ухаживаниями. Влечение долго остается недостаточно дифференцированным.

«Слабым звеном» у этого типа людей оказывается эмоциональное отвержение их со стороны значимых лиц, утрата близких или разлука.

Астеноневротический тип. Акцентуанты этого типа отличаются повышенной утомляемостью, раздражительностью, склонностью к ипохондрии, аффективным вспышкам, слезливости.

Будучи детьми, акцентуанты обнаруживают признаки невропатии: нарушения сна, капризность, плаксивость, пугливость.

«Уязвимый пункт» — осознание невыполнимости планов, нереальности надежд и желаний, в результате чего возникают неврастения или другие психогенные расстройства.

Сенситивный тип. Основные черты этого типа: чрезмерная впечатлительность и чувство собственной неполноценности. Эти акцентуанты обнаруживают у себя много недостатков в области морально-этических и волевых качеств. Они очень сильно привязываются к близким. У них высоко развито чувство долга, ответственности, необычно завышены моральные требования к себе и к другим.

В детском возрасте они пугливы, боятся темноты, животных одиночества, сторонятся слишком бойких сверстников, не любя шумных игр, робки и застенчивы. Страшатся экзаменов, стесняют ся ответов у доски. Сексуальные влечения усиливают застенчи вость и чувство собственной неполноценности, в особенности пр появлении онанизма. «Слабое звено» — ситуация, в которой ак центуант — объект недоброжелательности, насмешек и подозрени в неблаговидном поведении.

Психастенический тип. Представители этого типа нереши тельны, долго колеблются при начале любого дела, ищут подтвер ждения в успешности будущей активности, сомневаются. Они мни тельны, боятся всего нового, постоянно пребывают в сомнения опасениях плохого, опасностей, несчастий, в связи с этим для ни очень трудно ожидание. В детстве робки, пугливы, моторно нело ки, склонны к рассуждательству, «взрослым» интеллектуальны интересам и развитию фобий незнакомых людей, новых предм тов, темноты.

Сексуальное развитие нередко опережает физическое.

Срывы возможны при переживании ситуации повышенной о ветственности.

Шизоидный тип. Для оценки реальности акцентуанту этого типа важнее собственные представления, чем восприятия и ощущения. Он создает картину окружающего мира в соответствии с собственными суждениями и на основе жизненного опыта. Чем выраженнее акцентуация, тем личность больше удаляется от действительности. Невыраженная интравертированность способствует самостоятельности суждений, а сильная — благоприятствует созданию нереального мира. Попытки действовать в связи с этим приводят к столкновению с действительностью, которая недостаточно принималась во внимание при создании планов активности. Акцентуанты больше склонны к раздумьям и менее готовы к поступкам. Выраженная погруженность в собственные переживания ведет к изоляции от других людей. Другой причиной трудностей общения может быть слабость эмоциональных контактов. Последнее во многом определяется бедностью их аффективности, неразвитостью инстинктов, способности к сопереживанию и недостатку интуиции.

С раннего возраста эти дети предпочитают одиночество, играют одни, избегают шумных компаний сверстников, предпочитая им общество взрослых, беседы которых представляют для них интерес. Они не по-детски сдержанны и лишены живой аффективности.

Сексуальная активность для окружающих нередко не заметна. Презрение к половой жизни может сочетаться с упорным онанизмом и живыми эротическими фантазиями наяву и во сне.

Необходимость быстро и легко вступать в неформальные контакты создает невыносимую для шизоидов ситуацию.

Эпилептоидный тип. Для акцентуантов этого типа характерны стремления к аффективной разрядке, взрывчатости, импульсивности, недовольству, бурным и грубым протестам, решению конфликтов физической силой. Наблюдается подспудное наращивание аффекта, жестокость. Мышление тяжеловесное, обстоятельное, застревающее.

В детстве эта акцентуация обнаруживается редко, если же формируется рано, то наблюдается чрезмерная, безутешная плаксивость, садистические наклонности, несвойственная возрасту бережливость и мелочная аккуратность.

Сильное половое влечение, склонность к сексуальным эксцессам, садистические и мазохистские наклонности характерны для эпилептоидов.

Они плохо переносят неподчинение, материальные утраты, не способны ограничить свое властолюбие, обуздать ревность, практически любой аффект может стать неудержимым и привести к жестокой агрессии.

Истероидный тип. Характеризуются эгоцентризмом, капризностью, демонстративностью, интриганством, потребностью в при-

знании, переоценке, стремлением казаться, а не быть, самовосхвалением, самооговорами, оговорами других людей, фантазиями, экстравагантным видом и поступками, жалостью к себе, необдуманностью поступков, отсутствием глубоких и искренних чувств.

С детских лет не выносят, когда хвалят других, игрушками не столько играют, сколько хвастаются. Стремятся привлечь к себе внимание, домогаются восторгов и похвал, для этого демонстрируют свои знания, умения, «таланты».

Сексуальное влечение не отличается силой, сексуальное поведение экстравагантно, демонстративно. Рассказывают о «победах, похождениях», представляют себя бывалыми, распутными.

Неустойчивый тип. Представители этого типа стремятся к получению удовольствий, праздности, развлечениям. В связи с этим рано подчиняются предлагающим попробовать курево, напитки, психоактивные вещества, ищут необычные приключения, в том числе и в сексуальных отношениях. Они внушаемы и беззаботны. К членам семьи равнодушны, пренебрегают домашними обязанностями. Близкие люди часто рассматриваются как источник средств для удовольствий и развлечений. Трусливы, недостаточно инициативны и в этой связи легко становятся добычей преступных элементов.

В детском возрасте непослушны, непоседливы, легко подпадают под влияние других, с трудом усваивают правила поведения. Отказываются от учебы. Занимаются и выполняют режим только при строгом контроле.

Сексуальное влечение не сильное, под влиянием чужого примера рано начинают половую жизнь, которая для них становится источником развлечений.

Слабое место акцентуантов – предоставление их самим себе без всякого контроля.

ПСИХОГЕННЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ

Они представляют собой становление незрелой личности детей и подростков в аномальном направлении под влиянием хронических патогенных воздействий отрицательных социально-психологических факторов (неправильного воспитания, длительных психотравмирующих ситуаций, прежде всего вызывающих патологические ситуационные реакции личности). Это возрастной вариан психогенных патологических развитий личности (ППФЛ) В. В. Ковалевым (1969) на основе психогенеза и клинической картины выделены четыре варианта патологических формировани личности:

1) *патохарактерологический вариант* – формирование под влиянием уродливого воспитания и хронических психотравмирующих ситуаций;

2) *постреактивный вариант* – возникновение после тяжелых и затяжных реактивных состояний;

3) *невротический вариант* – формирование в ходе затяжных неврозов;

4) *дефицитарный вариант* – наблюдается у детей и подростков, имеющих различные физические дефекты (слепота, глухота, ДЦП, аномалии развития) или хронические инвалидизирующие заболевания (пороки сердца, костный туберкулез и др.), которые сопровождаются дефицитом сенсорной информации и социальной депривацией. В происхождении последнего играют роль реакция личности на отклонение в развитии, неправильное воспитание в семье, а также нарушение развития различных психических функций.

Клинико-психопатологические варианты ППФЛ: аффективно-возбудимый, тормозимый, астенический, истероидный, неустойчивый и псевдошизофренический.

Динамика ППФЛ:

1) этап совпадает с ситуативными реакциями;

2) этап формирования ведущего патохарактерологического синдрома;

3) этап пубертатного полиморфизма – сочетание основной симптоматики с личностными реакциями, обусловленными пубертатными изменениями личности (демонстративность, ипохондрия, эмоциональная неустойчивость и т. д.);

4) заключительный этап может быть либо в форме краевой психопатии, либо в форме сглаживания ведущих патологических черт личности до частичной или полной гармонизации (депсихопатизация).

Формы проявления нарушений поведения. *Делинквентное поведение.* Подразумеваются проступки, мелкие провинности, не достигающие степени криминала, наказуемого в судебном порядке. Оно проявляется в форме прогулов, общения с антисоциальными компаниями, хулиганства, издевательств над маленькими и слабыми, отнимания денег, угона с целью прокатиться велосипедов и мотоциклов, мошенничества, спекуляций, домашних краж. Все эти действия не подлежат наказанию по Уголовному кодексу. Причины социальные – недостатки воспитания. Неполная семья отмечается у 30–80% делинквентных детей. У 70% детей – нарушения формирования характера, у 66% – акцентуации характера. Среди госпитализированных в психиатрическую больницу с непсихотическими расстройствами 40% с делинквентным поведением. У подростков с психопатиями делинквентное поведение наблюдается в 49% случаев, у подростков с акцентуациями – в 29%. Делинквентности более подвержен неустойчивый тип как психопатии, так и

акцентуации (76%), несколько менее подвержен эпилептоидный (61%), еще менее — истероидный (52%), затем шизоидный (44%), гипертимный и лабильный (по 36%).

Побеги из дома и бродяжничество. В трети случаев они сочетаются с делинквентностью. Среди госпитализированных подростков – 25% с побегами. Первые побеги происходят в страхе наказания или как реакция оппозиции, а затем превращаются в условно-рефлекторный стереотип. H. Stutte (1960) выделил побеги: 1) как следствие недостаточного надзора; 2) в целях развлечения и удовольствия; 3) побеги как реакция протеста на чрезмерные требования или 4) на недостаточное внимание со стороны близких; 5) побеги как реакция тревоги из страха наказания у робких и забитых; 6) специфически пубертатный побег вследствие фантазерства и мечтательности; 7) чтобы избавиться от опеки родителей или воспитателей; 8) как следствие жестокого обращения со стороны товарищей; 9) как немотивированная тяга к перемене обстановки, которой предшествует скука, тоска.

А. У. Нураева (1973) описывает *эмансипационные побеги* (45%), которые совершаются, чтобы избавиться от опеки и контроля родителей или воспитателей, от наскучивших обязанностей и понуждений и отдаться свободной, веселой и легкой жизни. Чаще их совершают подростки с гипертимными или неустойчивыми типами психопатий или акцентуаций. *Импунитивные побеги* (26%) — следствие жестокого обращения, расправ со стороны родных или товарищей. Побегу способствует положение «изгоя» или «золушки» в семье, преследования со стороны сверстников. Подросток старается забыться, отвлечься от тяжелой ситуации. Чаще они наблюдаются у шизоидов, представителей лабильного и сенситивного типов и реже у гипертимных психопатов и акцентуантов. *Демонстративные побеги* (20%) возникают как следствие реакции оппозиции, желания привлечь внимание, особое расположение к себе или вернуть его в связи с тем, что оно утрачено, например, из-за сиблинга. Совершают эти побеги истероидные, реже лабильные и эпилептоидные психопаты. *Дромоманическим побегам* (9%) предшествует внезапно изменившееся настроение (скука, тоска), возникает немотивированная тяга к перемене обстановки, стремление в дальние места. Во время побега внезапно появляется желание вернуться домой. Эти побеги могут сочетаться с дисфориями, расстройствами влечений (сексуальностью, пьянством, садомазохистскими действиями). Они встречаются при эпилептоидном типе органических и конституциональных психопатий.

Международные классификации поведенческих нарушений. *R. Jenkins (1969)* включил в систематику гиперкинетическую реакцию, реакцию ухода, реакцию тревоги, реакцию бегства, несоциализированную агрессивность, групповые правонарушения, прочие реакции.

H. Stutte (1960) использует для систематики разные критерии: клинический (сенситивно-параноидные, обсессивные реакции), побудительные мотивы (гиперкомпенсаторные действия) и внешние проявления нарушений поведения (ложь, воровство, побеги и т. п.). Американское диагностическое и статистическое руководство (DSM-IV) включает следующие разделы: расстройства, проявляющиеся дефицитом внимания или разрушительным поведением (дефицит внимания с гиперактивностью, расстройства поведения, оппозиционно-вызывающее поведение, разрушительное поведение), расстройства пищевого поведения, расстройства, связанные выделениями организма, сексуальные расстройства и расстройства половой идентичности, расстройства контроля влечений, расстройства приспособления, расстройства личности.

Международная классификация болезней (10-й пересмотр) поведенческие и эмоциональные расстройства относит к следующим разделам: гиперкинетические расстройства; расстройства поведения: ограничивающиеся условиями семьи, несоциализированные, социализированные, оппозиционно-вызывающие расстройства поведения; смешанные расстройства поведения и эмоций; эмоциональные расстройства: тревожное, фобическое, социальное тревожное, расстройство сиблингового соперничества; расстройства социального функционирования: элективный мутизм, расстройство привязанности и др.; тикозные расстройства; другие поведенческие и эмоциональные расстройства: энурез, энкопрез, расстройства пищевого поведения, стереотипные двигательные расстройства и др. Наряду с приведенными выше систематиками расстройств поведения, традиционно использующимися в нашей стране, здесь раскрываются возможности МКБ-10.

ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ (F90)

Этот синдром характеризуется краткой продолжительностью внимания, беспокойством и импульсивностью. Он затрудняет адаптацию в школе, ухудшает успеваемость, является причиной озабоченности родителей и учителей.

Гиперкинетический синдром впервые описан немецким врачом H. Hoffmann (1854).

Распространенность гиперкинетического синдрома среди школьников 3—15%. При этом врачи обнаруживают таких детей меньше, чем педагоги. Среди учеников начальной школы, направляемых к психиатрам и психологам, по крайней мере 50% — дети с синдромом гиперактивности. Мальчики в 3—10 раз чаще, чем девочки, страдают этим синдромом.

Клиническая картина. *Гиперактивность.* В раннем школьном возрасте эти дети очень активны, полны энергии, менее других нуждаются в сне. Они быстрее сверстников снашивают обувь, одежду, и у них скорее разрушаются их велосипеды. Отмечается беспокойство, неспособность сидеть тихо в течение сколько-нибудь длительного времени, болтливость и неумение удерживать свои руки от постоянного движения.

Отвлекаемость, как и неспособность удерживать внимание, отмечаются родителями до поступления в школу. Гиперактивный ребенок не способен к усидчивой классной и домашней работе, он часто погружен в свои мечтания и легко отвлекается случайными раздражителями. Он не способен продолжительно слушать сказки и рассказы или принимать участие в настольных играх.

Импульсивность. Необдуманность и неожиданность поступков этих детей проявляется во внезапном выскакивании на улицу перед идущим транспортом, карабкании по крышам и карнизам, а также в неуместных и бестактных высказываниях. *Возбудимость* проявляется в аффективных вспышках и агрессивности без достаточного повода, в низкой фрустрационной толерантности, в тенденции к перевозбуждению и чрезмерной активности в провокационных ситуациях, особенно в больших группах детей. Часто встречаются и другие симптомы: агрессивность и антисоциальное поведение, трудности в обучении и отставание в познавательном развитии, депрессия и низкая самооценка.

Антисоциальное поведение. У старших детей антисоциальное поведение является вторичной реакцией. Неуспевающие, не принятые сверстниками, отвергаемые дома и в школе, становятся агрессивными и протестуют против ценностей общества. Антисоциальность у меньшей части детей имеет семейное и, вероятно, генетическое происхождение.

Трудности в обучении и отставание в познавательном развитии. Затруднения в овладении школьными навыками — наиболее важный симптом описываемого расстройства, однако ни его природа, ни его частота до конца еще не изучены. Плохая успеваемость этих детей определяется: 1) низким интеллектуальным потенциалом; 2) неврологическими поражениями; 3) повышенной активностью, нарушающей внимание и приобретение информации; 4) слишком быстро принимаемыми решениями. Результаты выполнения заданий субтестов WISC у гиперактивных детей более изменчивы, чем у здоровых. Затруднено образование зрительно-моторных навыков, нарушена тонкая или грубая координация, а также внимание и особенно постоянство активного бодрствования, замедлено время реакции на стимулы.

Эмоциональные симптомы. Наблюдающиеся у гиперкинетических детей депрессия и ее эквиваленты объясняются реакцией на постоянные неудачи в школе и дома.

У младших школьников описан *«невропатический синдром резидуально-органического происхождения»* [Ковалев В. В., 1995], при котором расстройства интеллектуальных функций рудиментарны и выражаются в некоторой задержке речевого развития, бедном запасе слов, низком уровне выполнения речевых заданий по сравнению с невербальными, слабой выраженности интеллектуальных интересов (к чтению рассказов и сказок, сюжетным играм и т. д.), затруднениях при запоминании детских стихов и песен. На первый план выступают возбудимость и неустойчивость вегетативных реакций (склонность к диспептическим расстройствам, аллергическим реакциям), неустойчивый сон, пониженный аппетит, повышенная чувствительность, эмоциональная возбудимость, впечатлительность, боязливость, неустойчивость настроения. Все это сочетается с двигательной расторможенностью, нечеткостью восприятия. Кроме того, имеются неврологические симптомы (отклонения со стороны черепно-мозговой иннервации, нарушения координации). У школьников больший удельный вес занимают нарушения познавательных процессов. Отмечаются импульсивность, склонность к реакциям короткого замыкания, слабое чувство дистанции, недостаточная самокритичность. В одних случаях преобладает дефект эмоционально-волевых свойств личности, эмоционально-волевая неустойчивость, ведущая роль в поведении мотива непосредственного получения удовольствия, аффективная возбудимость с агрессивностью, расторможение влечений (сексуальность, прожорливость, жажда новых впечатлений). В других случаях – при апатическом (по Мнухину С. С.– атоническом) варианте – эмоциональная вялость, монотонность, слабость побуждений, нередко бездеятельность, недостаточность инстинктивных влечений, практическая беспомощность, недостаточность моторики. Выражены органические изменения психики: инертность, тугоподвижность психических процессов, слабость памяти, преобладание конкретного типа мышления, повышенная пресыщаемость и истощаемость психики и т. д.

При эйфорическом варианте – эйфорический фон настроения, расторможение примитивных влечений, недостаточность критики к себе и своим поступкам.

При церебрастенических состояниях на первом плане повышенная утомляемость и истощаемость при незначительных физических и психических нагрузках и новых требованиях. Интеллектуальная недостаточность определяется неравномерной, колеблющейся работоспособностью, замедленным темпом психической деятельности, низкой продуктивностью, нарушением внимания и памяти. При расстройствах формирования высших корковых функций нарушается развитие школьных навыков, отмечаются затруднения в анализе и синтезе пространственных отношений (ориентировке в сторонах тела, конструировании пространственных фи-

гур, складывании разрезных картинок), имеются нарушения праксиса, затруднения воспроизведения и дифференцировки ритмов, недостаточна автоматизация речевых рядов, ухудшена способность быстро изучить алфавит, ряды цифр, дни недели, порядок месяцев. Долго не автоматизируются навыки чтения и письма. При письме наблюдаются дисграфические ошибки акустического и оптического характера. При этом обнаруживается хотя и невысокая, но достаточная способность к абстрактному мышлению.

Д. Н. Исаев, В. Е. Каган (1978), рассматривая гиперактивность не как синдром, а как клиническую сущность, связывают ее происхождение с врожденными или ранними постнатальными факторами. К основным расстройствам при ней они относят отвлекаемость, неустойчивость внимания, эмоциональную лабильность, раздражительность, неравномерность и недостаточную целенаправленность интеллектуального функционирования и нестабильность поведения. В целом это состояние определяется как психомоторная нестабильность — неравномерность. Поведение гиперактивного ребенка лишено не только стратегии предвидения, но у него нет и продуктивной тактики. Несмотря на большую подвижность, поведение его однообразно, неэффективно, а активность недостаточно результативна, чтобы использовать ресурсы ситуации. У сверстников он не может добиться стойкого уважения, так как его хаотичное и непредсказуемое поведение и поступки способны лишь отвергнуть принятые ценности и правила, но не могут предложить ничего позитивного. Гиперактивный ребенок — общителен, однако его симпатии нестойки. Расстройство внимания заключается в неспособности удержать его в фокусе, удовлетворительно распределить и координировать. Истощаемое внимание, связанное с ним плохое запоминание и воспроизведение расцениваются как плохая память или даже снижение интеллекта. Имеющееся же у части детей ухудшение интеллекта характеризуется неравномерностью структуры и недостаточной его реализацией из-за нарушений внимания, поведения и психомоторики. Аффективная жизнь гиперактивного ребенка — поверхностна, неустойчива и лабильна, проявляется бурно и драматично. Больной не способен запоминать ни радости, ни огорчения, каждое последующее переживание вытесняет предыдущее. Он постоянно стремится немедленно получить удовольствия, будучи неспособным преодолевать препятствия, терпеть, ожидать или завоевывать желаемое. Не запоминая отрицательных переживаний, он оказывается неспособным учитывать их при выработке социально приемлемого поведения.

Этиология. Гиперкинетический синдром может встречаться при прогрессирующей органической мозговой патологии, детском церебральном параличе, эпилепсии, умственной отсталости, психогенных заболеваниях. В то же время он наблюдается и в качестве

самостоятельного нарушения, и в сочетании с задержкой развития или поведенческими расстройствами.

Гиперкинетическое расстройство поведения (F90.1) характеризуется недостаточной настойчивостью в деятельности, требующей умственного напряжения, тенденцией переходить от одного занятия к другому, не завершая ни одного из них, наряду со слабо регулируемой и чрезмерной активностью. С этим могут сочетаться безрассудность, импульсивность, склонность попадать в несчастные случаи, получать дисциплинарные взыскания из-за необдуманного или вызывающего нарушения правил. Во взаимоотношениях со взрослыми не чувствуют дистанции, дети их не любят, отказываются с ними играть. Может быть также расстройство поведения и заниженная самооценка. Таким образом, диагноз гиперкинетического расстройства поведения ставится, когда имеются признаки и гиперкинетического расстройства (F90), и расстройств поведения (F91).

РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ (F91)

Расстройства поведения, как уже было указано, характеризуются стойким типом диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения.

В некоторых случаях нарушения поведения могут перейти в диссоциальное расстройство личности (F60.2). Заключения о расстройствах поведения следует давать с учетом возрастных особенностей ребенка. Например, вспышки гнева нормальны для ребенка 3 лет. 7-летние не понимают, что такое нарушение гражданских прав.

Диагноз основывается на чрезмерной драчливости или хулиганстве, жестокости к другим людям или животным, тяжелых разрушениях собственности: поджогах, воровстве, лживости, прогулах в школе и уходах из дома, необычно частых и тяжелых вспышках гнева; вызывающем провокационном поведении, постоянном откровенном непослушании.

Не рекомендуется ставить диагноз, пока продолжительность вышеописанного поведения не составит 6 месяцев и более.

Расстройство поведения, ограничивающееся семьей (F91.0). Оно включает антисоциальное или агрессивное поведение (а не только протестующее, вызывающее, грубое поведение), проявляющееся только или почти только дома и/или во взаимоотношениях с родителями и самыми близкими родственниками или домочадцами. Даже выраженные нарушения взаимосвязей между детьми и родителями сами по себе недостаточны для постановки диагноза. Может иметь место воровство из дома преимуще-

ственно денег или вещей одного-двух членов семьи. Намеренное разрушение вещей определенных членов семьи: разламывание игрушек или украшений, порча обуви, одежды, резание мебели или разрушение ценного имущества. Жестокость по отношению к одним, но не к другим родственникам. Намеренные поджоги дома. При этом у ребенка не бывает выраженных расстройств поведения за пределами семейной обстановки, и его социальные взаимоотношения вне семьи в пределах нормы.

В большинстве случаев это расстройство возникает из-за выраженного нарушения взаимоотношений ребенка с ближайшими родственниками. В некоторых случаях такое расстройство поведения может быть спровоцировано появлением в семье неродного родителя, других новых членов семьи (сводных братьев, сестер). Ситуационно обусловленные, эти расстройства обычно не имеют плохого прогноза.

Несоциализированное расстройство поведения (F91.1). Характеризуется сочетанием упорного антисоциального или агрессивного поведения с нарушением социальных норм и со значительным разладом взаимоотношений с другими детьми. Оно отличается отсутствием продуктивного общения со сверстниками и проявляется в изоляции от них, отвержении ими или непопулярности, а также в отсутствии друзей или эмпатических взаимных связей с ровесниками. По отношению к взрослым дети проявляют несогласие, жестокость и негодование, реже взаимоотношения хорошие, но без должной доверительности. Могут быть сопутствующие эмоциональные расстройства. Обычно ребенок или подросток одинок. Типичное поведение включает драчливость, хулиганство, вымогательство или нападение с насилием и жестокостью, непослушание, грубость, индивидуализм и сопротивление авторитетам, тяжелые вспышки гнева и неконтролируемой ярости, разрушительные действия, поджоги.

Е., 7 лет. Жалобы на непослушание, пренебрежение любыми замечаниями в свой адрес, грубость, вспыльчивость, жестокость при конфликтах с детьми. Во время редких классных занятий, которые посещает, проявляет любознательность, хорошие интеллектуальные способности.

Мать — вспыльчивая, несдержанная, заботливая, тревожная. Отец — интроверт, недостаточно чуток к людям, возбудим, агрессивен, склонен к резонерству, застреванию, перенес депрессию, страдает логоневрозом. Развод между родителями произошел, когда ребенку было около года.

Родился от третей беременности. Роды с осложнениями. Диагностирована послеродовая энцефалопатия с повышенной судорожной готовностью и мышечной гипертонией. Раннее развитие без грубых отклонений. Страдал экссудативным диатезом, затем нейродермитом, аллергией. Всегда был пугливым, тревожным. Не отпускал мать. Переживал развод родителей. Встречается с отцом, но общается с ним с трудом, так как его боится.

В школе обучается с 7 лет. Ни с кем из детей не установил ни дружеских, ни товарищеских отношений. Легко вступает в конфликты с детьми. Вначале было до 10—15 ссор в течение дня. Постепенно их число уменьшилось, однако все время остается опасность нанесения соученикам повреждений и оскорблений. Во время легко возникающих драк вцепляется в лицо. Не чувствует чужой боли. Жесток. Груб. Не подчиняется дисциплине школы. В ответ на замечания старших легко возникает вербальная агрессия. Не подпускает к себе. Посещает некоторые уроки, однако на занятиях не продуктивен, вертится, разговаривает. В то же время он любознателен, обнаруживает хорошее интеллектуальное развитие. На ЭЭГ констатируются комплексы «пик—волна 3 в секунду».

Будучи выведенным из школы из-за плохого поведения, дома самостоятельно занимается лишь смешиванием таблеток или возится с игрушечным телефоном, осваивает игры на компьютере. Слушает, когда мать читает ему книги. Играет с иногда приходящим к нему второклассником, считает его другом. Категорически отказывается вернуться в школу. Очень переживает свое пребывание в школе. Считает всех учителей злодеями. При общении проявляет негативизм. В штыки встречает все новое. Для того чтобы принять что-либо незнакомое, требуется некоторое время. Он очень подвижен, суетлив, с трудом, выбирая занятие, успокаивается.

На основании имеющегося расстройства поведения, проявляющегося неуправляемостью, противодействием режиму и воспитательным мерам, агрессией, а также неспособностью установить дружеские взаимоотношения с детьми, можно установить диагноз: несоциализированное расстройство поведения. В происхождении этого случая участвуют несколько этиологических факторов: 1) наследственность (отец — шизоидная акцентуированная личность, перенесшая психотический депрессивный эпизод); 2) органическое поражение ЦНС в течение родов; 3) ряд психотравматических событий: развод родителей, неровное семейное воспитание, столкновение неподготовленного, пугливого и не умеющего общаться ребенка с детскими коллективами и чужими взрослыми в детском саду и школе.

Терапевтическое вмешательство должно предусматривать индивидуальное обучение, воспитание, учитывающее все сложности личности ребенка и историю его развития, постепенное введение его в круг сверстников, поощрение и культивирование интересов и способностей ребенка. Медикаментозное лечение должно предупредить опасность появления пароксизмальных расстройств, нормализовать аффективные отклонения, укрепить соматическое состояние.

Социализированное расстройство поведения (F91.2). Оно отличается тем, что стойкое асоциальное (воровство, лживость, прогулы школы, уходы из дома, вымогательство, грубость) или агрессивное поведение возникает у общительных детей и подростков. У них адекватные, длительные взаимоотношения со сверстниками приблизительно того же возраста. Часто они входят в группу асоциальных сверстников, но могут быть и в составе неделинквентной компании. Если их антисоциальное поведение включает в себя хулиганство, могут быть нарушены взаимоотношения с жертва-

ми или другими детьми. Со взрослыми, представляющими власть, отношения плохие. С некоторыми взрослыми могут быть хорошие взаимосвязи. Эмоциональные расстройства обычно минимальные. Нарушения поведения могут включать или не включать семейную сферу. Расстройства поведения в школе совместимы с диагнозом. Сюда включаются групповая делинквентность, правонарушения в условиях членства в банде, воровство в компании с другими, прогулы школы.

В., 12 лет. Ученик 7-го класса. В школе возник конфликт. При удовлетворительных способностях не желает учиться. Отказывается посещать уроки. Поведение антисоциальное. На уроках громко разговаривает, поет, визжит, разрисовывает парты. Во время занятий выкрикивает бранные слова. Ходит по классу. Вспыльчив, агрессивен. Затевает драки. Бьет детей палками, ногами. Травит вновь пришедших в класс. Измывается над детьми и взрослыми. Получая замечания или наказания, не плачет, а озлобляется. Заявляет: «Что могут сделать со мной?» Отрицает получение двоек.

Отец — газосварщик, бывший заключенный, был осужден за кражу. В разводе с матерью больного с того времени, когда последнему было 3 года. Сейчас не работает.

Мать — продавец, имеет неполное среднее техническое образование.

От первой беременности, протекавшей с токсикозом на фоне волнений. Ребенок был желанным, но потом мать разочаровалась в нем. Родился в срок, масса тела была 2750 г. Грудное вскармливание до 4 месяцев. До года стучал головой о стенку. Начал ходить с 9 месяцев. Речь развилась вовремя. С полутора лет пошел в ясли, затем в детский сад. Из детсада уходил. Сторонился детей с 4-летнего возраста. Ударил девочку качелями. Отравил рыбок в аквариуме. Из-за его поведения воспитательница конфликтовала с матерью. В школе с 7 лет. К школе был не готов. В 1-м классе ленился. В начальных классах учился только удовлетворительно, со 2-го класса был неусидчивым, вертлявым, отвлекался. С этого учебного года мать перестала следить за учебой и поведением мальчика. В 9 лет был несправедливо наказан из-за стекла, которого не разбивал. С 4-го класса стал нарушать дисциплину. Заработал ярлык «дебила», «негодяя». С прошлого учебного года появились многочисленные двойки. Произошел конфликт. Во время перемены дрались, не слушались старших девочек, которые дежурили в этот момент. Приставали к ним, втроем преследовали одну из девочек. В отместку был затащен в класс старших, унижен. Озлобился, кидал булавки в детей. Был обвинен в том, что разбил очки.

Болел ветрянкой, частыми катарами верхних дыхательных путей. Перенес тяжелое отравление. Когда ребенку было 3 года, отец увез его к своим родителям на 1 месяц. Там ребенок много плакал. В дошкольном возрасте перенес электротравму, сунув пальцы в розетку.

Результаты исследования интеллектуального функционирования: WISC — общая оценка: 117, вербальная — 106, невербальная — 125.

Ю., 12 лет, ученица 6-го класса. С октября 1999 г. перестала ходить в школу. Уходит из дома, не ночует в течение нескольких не-

дель. Конфликтует с членами семьи. Грубо с ними обращается. Терроризирует 8-летнего брата. Не следит за своим внешним видом. Покрасила волосы. Курит. Несколько раз приходила домой пьяной. Берет из дома деньги. Однажды взяла 600 рублей из кассы на работе у матери. Общается с компанией ребят, которые старше ее. Три месяца тому назад совместно с ними обокрала квартиру родителей (комнату сестры). Унесли много вещей, золотые украшения. В течение двух последних месяцев приходит и уходит из дома, когда ей вздумается. Мать – продавец, с неполным средним образованием. Страдает пороком сердца. Отец – морской офицер. 5 лет тому назад разбился, упав с водосточной трубы, когда спускался с 4-го этажа от своей любовницы. Много пил с самого начала совместной жизни с матерью больной. Был жестоким человеком, бил жену. В то же время любил больную, баловал ее. Дед со стороны отца – алкоголик, грубый, жестокий человек. Старшая сестра 20 лет, замужем. Младший брат – 8 лет. От второй беременности. Желанная. Роды нормальные. В течение 3 месяцев была на грудном вскармливании. С 3 лет в детском саду. Посещала его с удовольствием. После рождения брата изменилась, не была им довольна, к нему относилась плохо, толкала его, трепала, отнимала и разрушала его игрушки. Ревновала к матери. До настоящего времени ломает его вещи, оскорбляет, без всякого повода жестоко бьет. С 7 лет в школе. Смерть отца тяжело переживала, много плакала, была на его похоронах, забрала у родителей отца его фотографию, разговаривала с ним. После смерти отца до настоящего времени посещает его могилу. Пишет стихи и посвящает их отцу. С 4-го класса поведение ухудшилось, появились драчливость, жестокость. С 5-го класса стала учиться на «удовлетворительно», «плохо». В 6-м классе новой школы, куда была переведена из-за плохой успеваемости, училась только 3 месяца. Сразу не поладила с новыми соучениками, вступила с ними в конфликт. Один из школьников побил ее. После этого в школу не возвращалась. Однажды пришла в школу, однако дети ее обзывали «больной СПИДом», другими нехорошими кличками. Навела на обидчиков «друзей», которые припугнули обидчиков, побили их. После этого приходила проверить, будут ли ее дразнить. Была удовлетворена тем, что никто не обзывал ее. Злорадствовала по этому поводу. Мать пыталась заставить ее возобновить занятия, сама водила ее в школу, привязав ее руку к своей руке. Девочка, войдя в здание школы, убегала оттуда. Дома ведет себя вызывающе. Мажет помадой губы, перекрашивает волосы. Несмотря на неопрятность в одежде, приукрашивает себя цветным шарфиком. Регулярно употребляет джин-тоник, курит дорогие сигареты, которыми ее угощают приятели. Иногда пьет водку, уверяет, что редко и понемногу. Использует до 10 таблеток димедрола, чтобы видеть «глюки». Рассказывает о виденных ею «летающих Касперах», стоящих за ее спиной тенях. «Играла с подругой, используя шприцы для того, чтобы брать у себя кровь из вены». Ее знакомые предлагали даром и в долг порции героина, она, по ее словам, отказывалась колоться, «боялась последствий». Неоднократно уходя из дома, не возвращается в течение нескольких недель, спит у подруг, иногда остается на ночь в парадной. Однажды вместе с подружкой приняли несколько каких-то таблеток, чтобы свести счеты с

жизнью. После того как отделались рвотой, болями в животе и поносом, больше этих попыток не повторяли. Разозлившись на мужа сестры за то, что тот якобы много врет, пригласила «приятелей» ограбить комнату, где он живет с сестрой девочки. Не понимает не только своего коварства, но и того, что заставляет страдать сестру. Матери заявляет, что хотела бы вернуться в старую школу. Уверяет, что хотела бы порвать со своими уличными друзьями. Якобы для этого завела новую подружку. Девочка поставлена на учет в детской комнате милиции. На заседании комиссии по делам несовершеннолетних предупреждена, что, если не вернется в школу, будет отправлена в специальное учреждение на перевоспитание.

Оппозиционно-вызывающее расстройство (F91.3). Характерно для детей моложе 9—10 лет. Оно определяется наличием заметно негативистского, враждебного, вызывающего, непослушного, провокационного, брутального поведения и отсутствием более тяжелых диссоциальных или агрессивных действий, нарушающих закон или права других. Дети часто и активно игнорируют просьбы взрослых или правила и намеренно досаждают другим людям. Обычно они раздражены, обидчивы, им легко досаждают другие люди, которых они обвиняют за свои собственные ошибки и трудности. У них низкий уровень фрустрационной толерантности, и они легко теряют самообладание. В типичных случаях их вызывающее поведение носит характер провокации, так что они становятся зачинщиками ссор, проявляя чрезмерную грубость, нежелание взаимодействия и сопротивление авторитетам. Это расстройство поведения, как правило, имеет место в знакомой ситуации, в процессе же клинического обследования обычно не проявляется. Оно находится за пределами нормального уровня поведения для ребенка того же самого возраста в тех же социально-культурных условиях и не включает в себя более серьезные нарушения прав других, которые отмечены при агрессивном и диссоциальном поведении (воровство, жестокость, драки, нападения и разрушительные действия). Это менее тяжелый тип расстройства поведения. Самостоятельность расстройства признается преимущественно у маленьких детей.

Смешанные поведенческие и эмоциональные расстройства (F92) — сочетание стойко агрессивного асоциального или вызывающего поведения с выраженными симптомами депрессии или тревоги. В одних случаях вышеописанные расстройства сочетаются с постоянной депрессией, проявляющейся сильным страданием, потерей интересов, утратой удовольствия от живых, эмоциональных игр и занятий, в самообвинениях и безнадежности. В других — нарушения поведения сопровождаются тревогой, боязливостью, страхами, навязчивостями или переживаниями из-за своего здоровья.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЛЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА (F93)

В основе необходимости отличать детские эмоциональные расстройства от невротических расстройств у взрослых лежат четыре довода:

1) только у меньшинства взрослых, имевших эмоциональные расстройства в детстве, возникают неврозы;

2) многие эмоциональные расстройства у детей — преувеличение нормальных тенденций в развитии;

3) вовлеченные психические механизмы, ответственные за эмоциональные нарушения, у детей иные, нежели у взрослых;

4) эмоциональные расстройства детского возраста менее дифференцированы в сравнении с такими же у взрослых (или, может быть, они менее выражены?).

Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте (F93.0). Другое название — сепарационная тревога. Нормальные младенцы и дети обычно тревожатся из-за реальной или предполагаемой разлуки с людьми, к которым они привязаны. Диагноз же ставится лишь тогда, когда сильный страх отделения (сепарации) в раннем возрасте становится основным в беспокойствах (тревоге) ребенка. Расстройство определяется по степени выраженности и по сочетанию со значительными социальными трудностями, т. е. неспособностью овладения навыками игры, самообслуживания и отставанием в развитии речи. Оно не должно быть нарушением развития личности. Этот диагноз не ставится подросткам, если тревога не является продолжением ранних детских расстройств. Основной признак — чрезмерная тревога, связанная с боязнью отрыва от близкого человека, к которому ребенок привязан. Она не должна быть частью общей тревоги, возникающей по какой-либо другой причине. Проявления сепарационной тревоги:

1) нереалистичность всепоглощающего беспокойства ребенка о возможном вреде, которому могут подвергнуться лица, к которым он испытывает привязанность, или страха, что близкие его оставят или не вернутся;

2) нереалистичность всепоглощающего беспокойства ребенка, что какой-либо неблагоприятный случай разлучит его с лицом, к которому он привязан: например, он потеряется, будет похищен, поступит в стационар, будет убит;

3) упорное нежелание ребенка или его отказ идти в детское учреждение из страха расставания;

4) упорное нежелание или отказ ребенка идти спать без того, чтобы с ним рядом было лицо, к которому он испытывает большую привязанность;

5) упорный, неадекватный у ребенка страх одиночества или страх в течение дня оставаться дома без лица, к которому привязан;

6) повторяющиеся у ребенка ночные кошмары о разлуке;

7) рецидивирующие проявления у ребенка таких соматических симптомов, как тошнота, боль в животе, головная боль, рвота и другие расстройства, появляющиеся при разлуке — например, когда надо идти в детский сад;

8) чрезмерный повторяющийся у ребенка дисстресс (тревога, плач, раздражение, страдание, апатия или необычная замкнутость) при предчувствии, во время или сразу вслед за разлукой с лицом, к которому ребенок привязан.

Фобическое тревожное расстройство детского возраста (F93.1). У детей, как и у взрослых, могут отмечаться страхи, сфокусированные на широком диапазоне предметов и ситуаций. Некоторые из этих страхов (или фобий) не являются частью нормального психического развития, например агорафобия (боязнь открытого пространства). Некоторые страхи — чрезмерное проявление особенностей определенной фазы развития, обычно возникающие в какой-то степени у большинства детей, например страхи животных в дошкольном возрасте. Диагноз должен быть поставлен только при появлении страхов, специфических для определенных фаз развития и удовлетворяющих следующим критериям: 1) начало в соответствующий развитию возрастной период; 2) патологическая степень тревоги; 3) тревога, не являющаяся частью другого расстройства.

Социальное тревожное расстройство (F93.2). Осторожность при встрече с незнакомыми предметами и явлениями — нормальный феномен во второй половине первого года жизни, и определенные опасения в младшем детском возрасте также присущи детям, сталкивающимся с незнакомой или угрожающей социальной ситуацией. Диагноз ставится детям в возрасте не старше 6 лет при возникновении необычных по выраженности расстройств, нарушающих социальное функционирование (общение) и не составляющих части других нарушений. Обычно отмечается постоянный рецидивирующий страх и/или избегание незнакомых людей. Такой страх может быть при общении со взрослыми или детьми или и с теми и другими. При этом имеется нормальная избирательная привязанность к родителям и другим близким.

Расстройство сиблингового соперничества (F93.3). У большинства маленьких детей возникают эмоциональные расстройства вслед за рождением младшего брата или сестры. Чаще это расстройство легкое, но иногда соперничество или ревность после рождения сибса (брата или сестры) могут отличаться стойкостью.

Характерны: 1) очевидность существования соперничества сибсов; 2) начало в течение ближайших месяцев после рождения

сибса; 3) наличие эмоциональных проявлений аномальных по степени выраженности и/или стойкости и сочетающихся с психосоциальными трудностями.

Соперничество, ревность сибсов могут проявиться заметной конкуренцией между детьми с целью получения внимания или любви родителей. Для того чтобы расцениваться как патологическое явление, это расстройство должно сочетаться с необычно выраженными негативными чувствами. В тяжелых случаях это может сопровождаться открытой жестокостью или физическим травмированием брата или сестры, злобным раздражением или моральным подавлением. В случаях меньшей выраженности это может проявляться сильным нежеланием делиться, отсутствием положительного внимания и недостаточностью дружеского взаимодействия.

Эмоциональные расстройства могут принимать различные формы, часто включая некоторую регрессию с потерей ранее приобретенных навыков (например, контроль за функцией кишечника и мочевого пузыря) и тенденцией к младенческому поведению. Часто ребенок пытается копировать младенца, чтобы получить от родителей больше внимания (например, посредством кормления). Обычно возрастает конфронтационное или оппозиционное поведение по отношению к родителям, вспышки гнева и дисфории, проявляемые в форме тревоги, депрессии или отгороженности. Может нарушаться сон, и часто возрастает назойливое поведение с целью получения от родителей большего внимания, особенно в ночное время.

РАССТРОЙСТВА СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ С НАЧАЛОМ, СПЕЦИФИЧЕСКИМ ДЛЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА (F94)

Элективный мутизм (F94.0). Это эмоционально обусловленная избирательность в разговоре (отказ от речи). В одних ситуациях речь достаточная, при других обстоятельствах, которые были для ребенка психологически чрезвычайно трудными, он не в состоянии говорить. Примером может быть ребенок, неплохо общающийся, в том числе и с помощью речи, со сверстниками и членами семьи. Однако он при этом отказывается говорить в классе с педагогом, в особенности когда его вызывают к доске. Причина отказа от речи — осуждение учителем и осмеяние учениками за неудачный устный ответ.

Реактивное расстройство привязанности детского возраста (F94.1). Это стойкие нарушения социальных взаимосвязей у младенцев и младших дошкольников. Примером может быть возникающая у ребенка первых лет жизни в связи с отсутствием внимания и заботы матери анаклитическая депрессия.

Расторможенное расстройство привязанности детского возраста (F94.2) проявляется прилипчивостью в отношениях с неразборчивой, не избирательно направленной привязанностью (в 2 года). В старшем дошкольном возрасте может быть в форме претендующего на внимание неразборчивого дружеского поведения (появляется к 4 годам).

Другие расстройства социального функционирования детского возраста (F94.8). Сюда включаются расстройства общения с аутизацией (погруженностью в свои переживания) и застенчивостью, обусловленные недостаточной социальной компетентностью (неумением по тем или иным причинам общаться с окружающими).

? *Тест для самостоятельной работы*

1. Гиперкинетическое расстройство поведения — это:
а) слабо регулируемая и чрезмерная активность, импульсивность, необдуманное нарушение правил и «дефицит внимания»;
б) нарушение поведения при отсутствии эффективной интеграции в группе сверстников;
в) агрессивное или антисоциальное поведение, ограничивающееся почти целиком домом.

2. Расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи,— это:
а) нарушение поведения при отсутствии эффективной интеграции в группе сверстников;
б) слабо регулируемая и чрезмерная активность, импульсивность, необдуманное нарушение правил и «дефицит внимания»;
в) агрессивное или антисоциальное поведение, ограничивающееся почти целиком домом.

3. Несоциализированное расстройство поведения — это:
а) агрессивное или антисоциальное поведение, ограничивающееся почти целиком домом;
б) нарушение поведения при отсутствии эффективной интеграции в группе сверстников;
в) постоянно негативистическое, враждебное, вызывающее поведение.

4. Социализированное расстройство поведения — это:
а) агрессивное или антисоциальное поведение, ограничивающееся почти целиком домом;
б) постоянно негативистическое, враждебное, вызывающее поведение;
а) нарушение поведения и наличие адекватных взаимоотношений со сверстниками.

5. Оппозиционно-вызывающее расстройство поведения — это:
- *а) потеря интересов и удовольствия от игровой активности и нарушение поведения;*
- *б) нарушение поведения при отсутствии эффективной интеграции в группе сверстников;*
- *в) постоянно негативистическое, враждебное, вызывающее поведение.*

6. Депрессивное расстройство поведения — это:
- *а) тревога, связанная с опасением расставания с эмоционально значимой фигурой;*
- *б) потеря интересов и удовольствия от игровой активности и нарушение поведения;*
- *в) страхи, сфокусированные на определенных предметах или ситуациях.*

7. Тревожное расстройство в связи с разлукой — это:
- *а) страх и/или избегание незнакомых людей;*
- *б) страхи, сфокусированные на определенных предметах или ситуациях;*
- *в) тревога, связанная с опасением расставания с эмоционально значимой фигурой.*

8. Фобическое тревожное расстройство — это:
- *а) страх и/или избегание незнакомых людей;*
- *б) тревога, связанная с опасением расставания с эмоционально значимой фигурой;*
- *в) страхи, сфокусированные на определенных предметах или ситуациях.*

9. Социальное тревожное расстройство — это:
- *а) отказ от речи в определенных ситуациях или с определенными лицами;*
- *б) потеря интересов и удовольствия от игровой активности и нарушение поведения;*
- *в) страх и/или избегание незнакомых людей.*

10. Элективный мутизм — это:
- *а) страх и/или избегание незнакомых людей;*
- *б) слабо регулируемая и чрезмерная активность, импульсивность, необдуманное нарушение правил и «дефицит внимания»;*
- *в) отказ от разговора в определенных ситуациях или с определенными лицами.*

11. Реактивное расстройство привязанности — это:
- *а) отказ от разговора в определенных ситуациях или с определенными лицами;*
- *б) тревога, связанная с опасением расставания с эмоционально значимой фигурой;*
- *в) противоречивые или амбивалентные социальные реакции во время расставания с воспитателями или родителями.*

Рекомендуемая литература

Гурьева В. А., Семке В. Я., Гиндикин В. Я. Психопатология подросткового возраста.— Томск: ТГУ, 1994.

Гурьева В. А. Психогенные расстройства у детей и подростков.— М.: Крон-пресс, 1996.

Демьянов Ю. Г. Психопатология детского возраста.— СПб.: ЛОИУУ, 1993.

Дробинская А. О. Школьные трудности нестандартных детей.— М.: Школа-Пресс, 1999.

Исаев Д. Н., Каган В. Е. Психогигиена пола у детей.— Л.: Медицина, 1986.

Клиническая психиатрия/ Под ред. Г. Каплана, Б. Сэдока.— М.: Гэотар Медицина, 1998.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста.— М.: Медицина, 1995.

Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера.— Л.: Медицина, 1985.

Личко А. Е. Подростковая психиатрия.— Л.: Медицина, 1985.

Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология.— Л.: Медицина, 1991.

Раттер М. Помощь трудным детям.— М.: Прогресс, 1987.

Ремшмидт X. Подростковый и юношеский возраст.— М., 1994.

Шипицына Л. М., Иванов Е. С. Нарушения поведения учеников вспомогательной школы.— Колег Элидир, 1992.

9 Зак. 4344

Глава 18
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ (кризис периода взросления)

Кризис периода взросления — перестройка внутреннего переживания, которая коренится в изменении того, что определяет отношение подростка к среде, т. е. в изменении потребностей и побуждений, движущих поведением подростка. В этом критическом периоде на протяжении короткого времени (нескольких месяцев, года) сосредоточены резкие и капитальные сдвиги в личности подростка. Он в короткий срок меняется в целом, в основных чертах личности. Суть кризиса состоит в поисках идентификаций (усвоения образцов поведения тех людей, которые значимы для подростка). При этом происходит объединение прошлого опыта, способностей и выборов. Развитие становится стремительным по темпу происходящих изменений в психике и поведении, а по смыслу совершающихся преобразований из-за резких качественных и количественных изменений напоминает революционное течение событий. Особенность кризиса в том, что его границы, отделяющие начало и конец кризиса от предшествующих и последующих возрастов, неотчетливы. В то же время удается отметить обострение кризиса, когда он достигает апогея, обычно в середине кризисного периода. В это время обнаруживается трудновоспитуемость, ухудшается успеваемость, ослабевает интерес к школьным занятиям, падает общая работоспособность. Развитие сопровождается более или менее острыми конфликтами с окружающими. Выраженность этих проявлений различна, вариаций кризиса больше, чем особенностей стабильного периода. Внешние условия определяют характер обнаружения и тип протекания кризиса взросления. В этот период отмечается негативный характер развития. Все прогрессивное приостанавливается, на передний план выходят процессы свертывания и разложения того, что образовалось на предшествующей ступени развития. Подросток, вступающий на путь взросления, теряет интересы, еще вчера направлявшие его деятельность, прежде сложившиеся формы внешних отношений и внутренней жизни как бы запустевают. Ухудшение успеваемости и работоспособности, дисгармоничность во внутреннем строении личности, отмирание прежде установившейся системы интересов, негативный, протестующий характер поведения О. Кро (1928) оценивает как стадию дезориентировки во внутренних и внешних от-

ношениях, когда человеческое «Я» и мир разделены более, чем в иные периоды. При пубертатном кризисе снижение продуктивности умственной работы учащегося вызвано тем, что здесь происходит изменение установки от наглядности к пониманию и дедукции. Переход к высшей форме интеллектуальной деятельности сопровождается временным снижением работоспособности. За негативным симптомом скрывается позитивное содержание, состоящее в переходе к новой и высшей форме [Выготский Л. С., 1984].

Если подросток во время кризиса окажется неспособным к идентификации, то возникнет путаница ролей и трудности в эмоциональных отношениях с людьми, в социальной и профессиональной сферах.

Кризис периода взросления либо недооценивают, либо считают очень опасным. Он может стать причиной различных форм отклоняющегося поведения, личностных нарушений, провокации эндогенных психозов или условием возникновения экзогенных нервно-психических расстройств. Эти расстройства иногда завершаются спонтанно, требуют специального вмешательства. Осложнение и бурное протекание процесса развития в период взросления наблюдаются у 20% населения [Remschmidt H., 1992]. Кризис периода взросления – собирательное понятие, не уточняющее нозологическую принадлежность нарушений и тип течения процесса. Патологические проявления кризисов развития разнообразны, они могут встречаться в форме следующих синдромов.

Синдром нарушения идентичности. Кризис идентичности проявляется в чувстве неполноценности, сниженном настроении и суицидальных намерениях. Эти переживания могут сочетаться с деперсонализацией и ипохондрией. Взрослеющий подросток реагирует на то, что он уже не ребенок, на несоответствие биологических возможностей социальному положению, на неуверенность в своих знаниях и умелости в новом статусе, на резкие изменения, происходящие в растущем организме. Подросток мучается вечными вопросами о том, что он из себя представляет, зачем существует, как к нему относятся окружающие. Он может сомневаться в собственной самобытности, воспринимать себя как жалкую копию других. Именно в связи с этим возникает неприятие социальных правил, в том числе и семейных. Неуверенность и тревога, возникающие в связи с этими переживаниями, могут привести к страху потери телесного и особенно психического единства с одновременным стремлением преодолеть эту боязнь с помощью ритуалов (рассматривания своей внешности, ощупывания собственного тела). Наряду с неуверенностью собственного существования может быть неопределенность жизненных целей, выбора профессии, круга друзей, сексуальной ориентации и сексуального поведения, религиозной идентификации, нравственных устоев или лояльности к референтной группе. Это расстройство может быть также началь-

ным проявлением шизофрении, аффективных психозов или серьезных личностных изменений.

Синдром борьбы с авторитетами. Кризис авторитетов проявляется протестом против семьи, отца или в форме побегов. Подросток пытается противостоять власти, порядку, общепринятым нормам или отказывается от противостояния. Попытки избежать реальности могут также проявляться в аддиктивном поведении (наркотизации, алкоголизации) или вступлении в разнообразные секты, молодежные общества и т. д. Этот кризис нередко препятствует процессу созревания личности, приводит к противоправному, преступному или суицидальному поведению.

Синдром деперсонализации. В этих случаях преобладают изменения восприятия своего душевного и телесного «Я», а также других людей и окружения. Субъективно переживания отчуждения воспринимаются как кажущееся изменение действительности или утрата реальности. Деперсонализация связана с трудностями формирования идентичности и выполняет функции механизма психологической защиты. Она наблюдается у 30–70% молодых людей. Для нее характерна тревога, чувство отчуждения, беспокойство в связи с этим переживанием, субъективное понимание неадекватности эмоциональных реакций. Деперсонализация может проявляться состояниями, при которых окружающее меняется, кажется чуждым, необычайным, неясно воспринимаемым. Подростки свои переживания описывают словами — «все видится как будто через пелену, туман, кисею» либо «кажется удаленным смазанным, тусклым, неживым, серым». Люди и предметы воспринимаются «странными, ненастоящими, подобными куклам, марионеткам». Жизнь им представляется «застывшей, нереальной, лишенной естественных красок и движения». Иногда меняется и восприятие тела, оно кажется «чужим, незнакомым, плохо управляемым, необычно легким или исчезнувшим». При этом движения, поступки наблюдаются как бы со стороны, сочетаясь с непониманием того, как управлять таким телом. Возникают сомнения о принадлежности своего тела: «Мое или не мое». Может измениться восприятие психического «Я». В таких случаях подростки говорят о том, что их «покинула душа», что «себя воспринимают как во сне». Иногда жалуются на то, что их «вовсе не существует», что «действуют механически», что «стали автоматами». При этом мысли разбегаются, не подчиняются воле, собственный голос лишается ясности, появляется второе «Я», наблюдающее за другим «Я» со стороны. «Теряются чувства», в особенности к близким людям («любят только в мыслях, а не сердцем»). Чем младше подросток, тем менее точно он может дать отчет о переживаниях такого рода. Он сообщает о своей измененности, инакости, утверждает, что он не такой, как все, или был иным прежде, однако не способен объяснить, какой характер эти изменения носят. Наблю-

даются также близкие по происхождению симптомы «уже виденного», «уже пережитого» или «никогда не виденного». При этом новая ситуация воспринимается на короткий момент как знакомая, или, наоборот, знакомая обстановка кажется чуждой, никогда не переживавшейся. Описываемые здесь явления могут быть в рамках психического здоровья или нервно-психических расстройств: неврозов, соматогенных психических нарушений, органических повреждений головного мозга, эпилепсии, аффективных психозов и шизофрении.

Дисморфомания (дисморфофобия). Кризис, проявляющийся переживаниями своего физического недостатка, называется дисморфоманией (болезненные мысли о своем телесном дефекте). В пубертатном возрасте внешний облик и тело ребенка претерпевают большие изменения. Подросток не только замечает их, но и сравнивает свои физические данные с такими же формами тела у других людей. Часто при этом он преувеличивает подлинные или обнаруживает мнимые телесные недостатки. Способствуют появлению дисморфомании удлинившиеся черты лица, его асимметрия, слишком крупные размеры тела (у девочек) или слишком малые (у мальчиков), нарушения осанки, аномалия походки, последствия повреждений кожных покровов и т. д. Характерные признаки этого расстройства: идеи физического недостатка («толстая, как бочка», «ростом с карлика»), идеи отношения («все вокруг шепчутся», «люди на улице отворачиваются), пониженное настроение, иногда с мыслями о самоубийстве. Для этого расстройства наиболее характерна поглощенность переживаниями, связанными с мнимыми физическими недостатками или чрезмерное внимание к незначительным в действительности имеющимся дефектам тела. Дисморфомания широко распространена и варьируется по степени выраженности. Она может достигать степени навязчивой, сверхценной или даже бредовой идеи.

Ипохондрический синдром. Кризис, проявляющийся ипохондрическим расстройством, может возникнуть в процессе пубертатной перестройки организма подростка в связи с теми или иными функциональными отклонениями, которые субъективно воспринимаются как слабость, утомляемость, нарушения дыхания, неприятные ощущения или боли в груди, животе, голове и т. п. Все это приводит к сосредоточению внимания на недомоганиях, к попыткам дать объяснение происходящему в теле. Легко возникают мысли о несуществующих болезнях. При этом степень убежденности в тяжести обнаруженных недугов колеблется от постоянных сомнений в их серьезности до убежденности в их неизлечимости и даже своей близкой кончине. Если имеются постоянные мысли о существовании соматического заболевания (фактически отсутствующего), обуславливающего предъявляемые симптомы, то эти переживания расценивают как ипохондрический синдром.

Если имеется необычная озабоченность предполагаемой тяжелой болезнью, несмотря на отсутствие адекватных подтверждений жалобам, то и в этом случае приходится говорить об ипохондрии. Нередко при этом имеется постоянно проявляемое недоверие врачам, пытающимся убедить пациента в отсутствии соматической болезни, обуславливающей эти симптомы. Ипохондрическая симптоматика может быть не только самостоятельным синдромом, но и входить в состав депрессий, тревожных, соматизированных и бредовых расстройств, при шизофрении и других психозах.

Синдромы нарушения пищевого поведения. Наиболее часто встречающаяся его форма — *нервная, или психическая, анорексия (F50.0)*, проявляющаяся в сознательном, чрезвычайно стойком и целеустремленном желании похудеть, нередко достигающего выраженного истощении (кахексия) с возможным смертельным исходом. Распространенность этого расстройства среди девушек-подростков составляет 1%. Число болеющих мальчиков в 9—20 раз меньше.

Диагноз ставится при наличии: 1) падения массы тела на 15% и ниже нормативного уровня или неспособности набрать вес в период роста; 2) избегания пищи, удаления съеденного (провоцированием рвоты, приемом слабительных и мочегонных средств), подавления аппетита и использования чрезмерных физических нагрузок; 3) искаженного представления о своем образе тела и страха перед полнотой; 4) возникновения аменореи или непоявления менархе у девушек, потери полового влечения и потенции у подростков-мальчиков; 5) при начале расстройства в препубертатном возрасте пубертатный метаморфоз задерживается или не происходит вовсе (прекращается рост, у девочек не развиваются грудные железы, отмечается первичная аменорея, у мальчиков половые органы остаются детскими).

Реже, чем психическая анорексия, встречается *нервная булимия (F50.2)*, которая может быть самостоятельным расстройством или сочетаться с анорексией. Нервная булимия характеризуется приступами переедания и чрезмерной озабоченностью контролированием массы тела, что приводит к принятию крайних мер для коррекции возможной полноты.

Диагноз основывается на наличии: 1) озабоченности едой, непреодолимой тяги к пище и периодическом переедании; 2) противодействия ожирению от съедаемой пищи с помощью вызывания рвоты, приема слабительных, подавляющих аппетит и мочегонных средств, а также и периодов голодания; 3) страха ожирения с установлением предела для своей массы тела, намного меньшей, чем преморбидная (доболезненная), оптимальная для больного. Это расстройство диагностируется как нервная булимия.

Синдром метафизической интоксикации. Метафизическая (философическая) интоксикация, или болезненное мудрствование,

характеризуется однообразной абстрактной непродуктивной интеллектуальной активностью, направленной на самостоятельное решение «вечных проблем» путем постоянного обдумывания их. Философствование на отвлеченные темы занимает очень важное место в жизни подростка. Оно сочетается с бесплодной критикой авторитетов, иногда отчуждением от близких людей, уходом в свой внутренний мир. Постоянные размышления, рассуждения, письменное отражение их в дневниках, записках и посланиях ярко эмоционально окрашены. Ни процесс мудрствования, ни более или менее завершенное обдумывание не поддается критике со стороны окружающих. В зависимости от степени выраженности расстройств мышления поведение может либо не нарушаться, либо изменяться значительно. У подростков с психастеничными или шизоидными личностями может возникать транзиторная метафизическая интоксикация, при которой мудрствование, беспредметное философствование, рифмование сопровождается преходящим нарушением адаптации. Этот синдром соответствует *шизотипическому расстройству (F21)*.

Метафизическая интоксикация может быть также проявлением вялотекущей шизофрении. В этом случае возникающие у больного мысли вычурны противоречивы, нелепы. Вся интеллектуальная деятельность идет на «холостом ходу». Больной не способен не только раскрыть содержание волнующих его вопросов, но и не может передать прочитанное, услышанное. Он не ищет слушателей, будучи целиком погружен в таинственные проблемы «взаимодействия душ», «контактов с инопланетянами» и т. д. При этом резко нарушаются контакты с окружающими, становится невозможной учеба в школе. Этот синдром трактуется как проявление *недифференцированной шизофрении (F20.3)*.

Суицидальное поведение. Мысли о нежелании жить, намерения и действия, предпринимаемые с целью покончить с собой и завершенные попытки самоубийства — «пара- и суицидальное поведение». Частота его возникновения у подростков и своеобразие проявлений связаны с рядом особенностей возраста. Смерть подростками хотя и признается универсальным и необратимым явлением, однако воспринимается как нечто абстрактное, не касающееся прямо собственной личности, а опасения за свою жизнь не основываются на ее ценности. Поэтому аутоагрессия подростка, даже не предполагающая смертельного исхода, может быть опасной для его жизни. Трудно в связи с этим провести различие между истинной суицидальной попыткой и демонстративно-шантажным аутоагрессивным поведением. Мотивы, которые приводят суициденты для объяснения своего суицидального поведения, незначительны и мимолетны (с точки зрения взрослых), что создает сложности для своевременного его распознавания. Возникновение суицидальных попыток определяется не столько особен-

ностями психопатологии (например, наличием депрессии), сколько обстоятельствами жизни. Обычно суициды и попытки их совершить взаимосвязаны с другим отклоняющимся поведением: побегами, правонарушениями, алкоголизацией, конфликтами с родителями, сексуальными эксцессами и т. д. Обуславливают и провоцируют попытки самоубийства психические заболевания, конфликты самооценки, одиночество, нарушение межличностных отношений, неудовлетворенность своей внешностью, неудачи во взаимоотношениях с представителями противоположного пола, действительная или мнимая утрата родительской любви, переживания, связанные со смертью или разводом родителей, желание вызвать сочувствие, подражание сверстникам или любимым героям. Суицидальные попытки у подростков чаще импульсивные, связанные с ситуацией. Однако они могут быть завершением длительной кризисной или конфликтной ситуации, которую можно было бы предусмотреть. Знание подростков, склонных к самоубийству, создает возможность для предупреждения суицида. К подросткам повышенного риска относятся больные с депрессией, тревогой, мрачным настроением (дисфорией), бредом. К ним также относятся неустойчивые, психастенические, истерические психопатические личности, больные с психогенными заболеваниями, подростки, употребляющие спиртные напитки, подростки, переживающие экстремальные стрессовые ситуации, подростки из конфликтных семей, имеющие психически больных родственников, особенно с суицидами в анамнезе, подростки, страдающие хроническими, уродующими, затрудняющими социально-психологическую адаптацию соматическими заболеваниями или сопровождающимися депрессией, также имеют больший риск совершить суицид.

Для выявления состояний, предшествующих попытке самоубийства, следует знать их особенности. К этим состояниям относятся ограничение личностных интересов, ослабление переживания субъективной ценности мира, выражающихся в чувстве одиночества, непонимания другими, отказе от ранее признаваемых ценностей и предпочитаемых видов деятельности; направление агрессии против собственной личности; желание умереть и фантазирование на темы самоубийства; формирование представлений о способах самоубийства, появление угрюмо-мрачного настроения, психосоматических расстройств (бессонницы, анорексии, утомляемости, вегетативных нарушений).

Синдром асоциального поведения. В пубертатном возрасте подросток, стремясь к самостоятельности, пытается освободиться от семейных уз. Его эмансипация приводит к группированию с другими, а их совместные увлечения азартными играми, культом силы, демонстрацией своей «необычности» и т. д. нередко сопровождаются нарушением социальных норм, т. е. асоциальным пове-

дением. Часть из них проявляет склонность к противоправным поступкам – делинквентности. Отсутствие надзора за поведением подростка, семейная и педагогическая запущенность способствуют как асоциальным, так и делинквентным поступкам подростка. Асоциальное поведение – это в одних случаях воровство из дома, разрушение вещей или порча имущества членов семьи, жестокость по отношению к родственникам. В других случаях это антисоциальное или агрессивное поведение, которое отмечается у подростка, изолированного, отвергаемого или не популярного среди сверстников. Оно проявляется негативизмом, непослушанием, конфликтностью, агрессивностью, разрушением имущества, жестокостью, нарушением норм сексуальных отношений. В третьих случаях подростки группой совершают антисоциальные поступки: кражи, нанесения ущерба чужому имуществу, хулиганство, акты вандализма, нанесения телесных повреждений, сексуальные насилия и т. д.

Течение и прогноз синдромов, осложняющих кризис взросления подросткового возраста, зависят от того, какие механизмы легли в основу нервно-психических и психосоматических нарушений, а также от того, как имеющаяся симптоматика помешала адаптации подростка. В 30–40% случаев осложненный кризис завершается нормализацией психики и поведения. В других случаях кризис сменяется неврозом, психосоматическим расстройством, личностными нарушениями, алкоголизацией, наркотизацией или психозом (шизофренией). В этих последних случаях трудно говорить о том, что первоначально был поставлен правильный диагноз – кризис взросления. Вероятно, были пропущены начальные симптомы упомянутых расстройств.

Лечение кризиса взросления. В связи с большим разнообразием проявлений кризисов взросления при проведении терапии требуется индивидуальный подход. Лечение следует ориентировать на преобладающие расстройства. Наиболее адекватное вмешательство – индивидуальная и групповая (семейная) психотерапия. Ее эффективность будет зависеть от оценки особенностей семейных отношений предшествующей жизни, актуальной ситуации, своеобразия личности, переживаний телесных изменений в процессе взросления, а также и психопатологии. По данным катамнеза, у трети больных с патологически протекающим пубертатным кризом формируются стойкие нарушения характера.

? *Тест для самостоятельной работы*

1. Кризис периода взросления — это:

а) перестройка внутреннего переживания, выражающаяся в изменении отношения к социальному окружению;

б) анатомо-физиологические изменения в организме подростка;

в) психические болезни, возникающие у подростка.

2. Кризис идентичности — это:
   а) неуверенность и тревога в связи с переживаниями своей измененности и несоответствия требования и идеалу из-за взросления;
   б) бредовые идеи малоценности;
   в) неверие в собственные силы и возможности.

3. Кризис авторитетов — это:
   а) протест против родителей, порядков и норм в форме побегов, девиантного поведения и т. д.;
   б) стремление к самостоятельности;
   в) отказ от обучения в школе.

4. Кризис в форме деперсонализации — это:
   а) изменение восприятия своего душевного и телесного «Я» в связи с пубертатным возрастом;
   б) депрессивный синдром;
   в) чрезмерное переживание своего физического недостатка, якобы неприятного окружающим.

5. Дисморфомания — это:
   а) чрезмерное переживание своего физического недостатка, якобы неприятного окружающим;
   б) преувеличенная озабоченность собственным здоровьем;
   в) изменение восприятия своего душевного и телесного «Я» в связи с пубертатным возрастом.

6. Кризис в форме ипохондрии — это:
   а) преувеличенная озабоченность собственным здоровьем;
   б) чрезмерное переживание своего физического недостатка, якобы неприятного окружающим;
   в) изменение восприятия своего душевного и телесного «Я» в связи с пубертатным возрастом.

7. Кризис в форме нарушений пищевого поведения — это:
   а) сознательный отказ от приема пищи с целью похудания или излишнее поглощение пищевых продуктов, приводящее к ожирению;
   б) астенический синдром;
   в) преувеличенная озабоченность собственным здоровьем.

8. Кризис в форме метафизической интоксикации — это:
   а) болезненное мудрствование, непродуктивная сосредоточенность на обдумывании вечных проблем;
   б) болезненные идеи величия;
   в) сознательный отказ от приема пищи с целью похудания.

9. Кризис в форме суицидального поведения — это:
   а) идеи самоуничижения;
   б) мысли, намерения и действия, направленные на лишение себя жизни;
   в) сознательный отказ от приема пищи с целью похудания.

10. Кризис в форме асоциального поведения — это:
   а) гебефренический синдром;
   б) нарушение социальных норм, делинквентность как проявление эмансипации и группирования;
   в) любые формы отклоняющегося поведения в детском возрасте.

Рекомендуемая литература

Бойко В. В. Трудные характеры подростков.— СПб.: Сударыня, 1998.

Дольто Ф. На стороне подростка.— СПб.: Петербург XXI век, 1997.

Гурьева В. А., Семке В. Я., Гиндикин В. Я. Психопатология подросткового возраста.— Томск: ТГУ, 1994.

Кле М. Психология подростка.— М.: Педагогика, 1991.

Кон И. С. Психология старшеклассника.— М.: Просвещение, 1980.

Крайг Г. Психология развития.— СПб.: Питер, 2000.

Личко А. Е. Подростковая психиатрия.— Л.: Медицина, 1985.

Макфарлейн А., Макферсон А. Дневник подростка.— М.: Медицина, 1992.

Особенности обучения и психического развития школьников 13—17 лет/ Под ред. И. В. Дубровиной.— М.: Педагогика, 1988.

Подросток на перекрестке эпох/ Под ред. С. В. Кривцовой. — М.: Генезис, 1997.

Психотерапия детей и подростков/ Под ред. X. Ремшмидта.— М.: Мир, 2000.

Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста.— СПб.: Питер, 2000.

Ремшмидт X. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности.— М.: Мир, 1994.

Глава 19
МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ (аффективные расстройства настроения) (F-30-39)

Это заболевание характеризуется сменой аффективных фаз: маниакальной, депрессивной, сдвоенной или смешанной, в промежутках между которыми отсутствуют какие-либо болезненные явления. В соответствии с Международной классификацией 10-го пересмотра это расстройство – нарушение аффекта как в сторону угнетения, так и в сторону подъема. Эти изменения настроения сопровождаются изменением общего уровня активности. В большинстве случаев имеется тенденция к повторяемости, а начало эпизодов нарушенного настроения часто связано с трудными жизненными ситуациями.

Распространенность. Наблюдаются эти расстройства настроения не только у взрослых, но, хотя и значительно реже, у подростков и детей. Младше 3 лет эти расстройства не обнаруживаются. Единичные типичные случаи встречаются в 7–10 лет. Они и у подростков наблюдаются относительно редко (2,4%), однако можно предположить, что из-за атипичной симптоматики не все случаи распознаются. Среди всех заболевших аффективным психозом только у 8,2% он диагностируется до 19 лет. Наиболее часто они впервые возникают во время возрастного криза у подростков. Возможно, что наиболее часто аффективные расстройства у детей и подростков проявляются в неразвернутой форме циклотимий, а также в форме поведенческих и соматических эквивалентов. Начиная с подросткового возраста, девочки заболевают чаще мальчиков.

Клиническая картина. Приступы (фазы) нарушенного настроения могут быть единичными в течение всей жизни или повторяться неоднократно. Одни больные страдают только фазами сниженного настроения (депрессиями) или повышенного настроения (маниями), что называется *униполярным расстройством настроения*. У других больных встречаются как депрессии, так и мании (*биполярное расстройство настроения*). В части случаев вместо расстройств настроения на передний план выступают соматические симптомы: головные боли, астенические проявления, неприятные или болезненные ощущения в груди и т. д. Такие состояния называются *маскированными депрессиями, или маниями.*

По степени тяжести аффективные расстройства могут быть легкими, умеренными и тяжелыми.

Маниакальная (гипоманиакальная) фаза. Ее типичные проявления складываются из повышенного настроения, двигательного оживления, многоречивости, переоценки собственной личности. У подростков и детей чаще преобладают шалости, чрезмерная двигательная активность, неуемное стремление к общению, подвижным играм со сверстниками, неуместной и шумной возне. Нередко моторное возбуждение сопровождается назойливостью, бесцеремонностью, циничностью, задиристостью, а иногда раздражительностью и даже злобностью, гневливостью и агрессивностью. Практически всегда имеющееся ускорение течения мыслей находит свой выход в непрекращающихся комментариях о происходящем вокруг, бесконечных вопросах, советах, указаниях окружающим, а также в пении и декламировании стихов. Отсутствует сознание болезни, нет чувства усталости, утомления. Продолжительность сна коротка (не более 2—4 часов). Усиление влечений проявляется прожорливостью, которое сопровождается похуданием. Больные также сексуально расторможены, что проявляется интенсивным онанизмом, в том числе и групповым. Возможно возникновение стремлений к гомосексуальным и гетеросексуальным контактам, в том числе и попытки к сексуальной агрессии. У части больных соматические симптомы оказываются более выраженными, чем аффективные расстройства. Продолжительность гипоманиакальной или более выраженной маниакальной фазы составляет у детей и подростков несколько недель.

Возрастные особенности гипоманиакальных фаз заключаются в том, что с возрастом уменьшается яркость положительных эмоциональных проявлений и соматических нарушений, нарастает двигательная активность, усиливаются влечения, появляются дисфорические оттенки настроения или асоциальные тенденции в поведении. У подростков наиболее часто эта фаза проявляется поведенческими эквивалентами, которые выражаются в школьных прогулах, побегах из дома, чрезмерной заносчивости и драчливости, а также алкоголизации, обнаженной сексуальности.

Депрессивная фаза. Классическая форма депрессии характеризуется триадой признаков: сниженным настроением, падением двигательной активности и замедлением мышления. У подростков и детей чаще вместо тоски временами или постоянно появляются злобность, мрачность или угрюмость. При этом их раздражение направлено не на себя, а на окружающих, и поведение нередко становится агрессивным. У детей может наблюдаться утомляемость, «скучное настроение». Двигательная заторможенность — большая редкость. Участие же в школьных занятиях, настольных играх становится менее продуктивным, затрудняется общение. Дети отказываются играть в живые эмоциональные игры. Возникаю-

щие идеи собственной малоценности, самообвинения, самоуничижения лишены серьезной аргументированности, опираются на несколько или даже один факт из жизни больного. Даже у детей могут появиться мысли о самоубийстве, при этом они особенно упорны при наличии глубокой тоски, отчаяния или выраженных идеях виновности. В зависимости от преобладающей симптоматики описываются меланхолический, ипохондрический, астеноапатический, деперсонализационный и тревожный варианты. Однако наибольшие трудности для распознавания представляют соматический и поведенческий эквиваленты. При депрессиях могут иметь место соматические расстройства: желудочно-кишечная симптоматика (боли в животе, диспепсические явления, тошнота и др.), головные боли, сердечно-сосудистые проявления (лабильность пульса, тахикардия, неприятные ощущения в груди), расстройство сна. Во время депрессии обостряются или впервые обнаруживаются психосоматические расстройства: бронхиальная астма, нейродермит, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, ожирение. Если физические симптомы маскируют невыраженные проявления депрессии, что характерно для детей и подростков, то в этом случае диагностируется *соматический эквивалент, или латентная (соматизированная) депрессия.* Для подростков и детей типично также, когда на первое место в клинической картине выступают отказ от посещения школы, уходы из дома, бродяжничество, разрыв с друзьями, присоединение к асоциальной компании, конфликтность, агрессивность, совершение антисоциальных поступков. Эти случаи называются *поведенческими (делинквентными) эквивалентами депрессии.* Продолжительность депрессивных фаз в детско-подростковом возрасте меньше, чем у взрослых. Она в среднем составляет 1—4 недели. Депрессия может сочетаться с психомоторным возбуждением, страхами, тревогой, дистимиями и соматическими симптомами, сочетающимися с болевыми ощущениями.

Возрастные особенности депрессии. В младенческом возрасте преобладают соматические и псевдорегрессивные расстройства, в младшем дошкольном — неврозоподобные и соматоалгические симптомы, в младшем и среднем школьном — соматические и поведенческие эквиваленты, а в типичных случаях появляются мысли о неполноценности, снижение активности. Для подросткового возраста наиболее характерны суицидальные мысли и намерения.

Циклотимия — это состояние хронической нестабильности настроения с многочисленными эпизодами легкой депрессии и легкой приподнятости настроения. Временами настроение может быть нормальным и стабильным в течение многих месяцев. Изменения настроения воспринимаются индивидом как не связанные с обстоятельствами жизни. Циклотимия редко попадает в поле зрения специалистов (врачей, психологов), так как изменения на-

строения относительно легкие, а периоды приподнятого настроения доставляют удовольствие.

Этиология. Причина аффективного психоза до сих пор остается недостаточно ясной. У многих больных очевидна роль наследственной отягощенности. В качестве предрасположения могут быть особенности преморбидной личности. Биохимические гипотезы объясняют происхождение психоза снижением активности адреналина при депрессиях и ее повышением при маниях, что связывают с изменением чувствительности синаптических рецепторов. К провоцирующим факторам, особенно в подростковом возрасте, относят выраженные сдвиги в эндокринной системе, черепно-мозговые травмы и в меньшей степени инфекционные заболевания мозга.

Лечение. В терапии маниакальных состояний используют нейролептики: аминазин (100—600 мг/сут.), галоперидол (до 100 мг/сут. перорально и 20—40 мг/сут. внутримышечно), триседил (до 45 мг/ сут. перорально и до 20—25 мг/сут. внутримышечно) и соли лития (карбонат лития 0,8—2 г/сут.) или оксибутират лития с 800—1200 мг/сут. до 3 г/сут. внутримышечно.

Назначение медикаментов при депрессиях зависит от их тяжести и особенностей симптоматики. Обязательно применение имизина (мелипрамина) или амитриптилина, быстро увеличивая дозы с 50—75 мг/сут. до 200—250 мг/сут. Тревожная депрессия купируется добавлением тизерцина (от 50—100 мг/сут. до 300—400 мг/сут.) или хлорпротиксена (от 25—50 мг/сут. до 200—400 мг/сут.) При адинамических депрессиях добавляют малые дозы нейролептиков: трифтазина, галоперидола. При лечении депрессии полезна психотерапия.

Больные должны находиться на диспансерном учете у психиатра.

В промежутках между приступами психоза больные могут учиться, устраиваться на работу. В течение психотических приступов и особенно при их частых повторениях больные освобождаются от учебы и трудовой деятельности.

? *Вопросы для самостоятельной работы*

1. Что такое аффективное расстройство настроения (маниакально-депрессивный психоз)? 2. Какова этиология аффективного расстройства настроения? 3. Одинакова ли распространенность аффективного расстройства настроения у взрослых, подростков и детей? 4. Дайте определение гипоманиакальной фазе. 5. Дайте определение депрессии. 6. Что такое соматический эквивалент депрессии? 7. Что такое поведенческий эквивалент депрессии? 8. В чем особенности гипоманиакальных фаз у подростков? 9. В чем особенности депрессий у детей и подростков? 10. Что такое маскированная депрессия? 11. Что такое циклотимия?

🕮 *Рекомендуемая литература*

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста.— М.: Медицина, 1995.

Иовчук Н. М. Аффективные психозы/ Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста.— СПб.: Питер, 1999.

Личко А. Е. Подростковая психиатрия.— Л.: Медицина, 1985.

Мнухин С. С. К клинике маниакально-депрессивного психоза у детей/ Советская психоневрология.— Т. 3.— Л., 1940.

Новчук Н. М., Северный А. А. Депрессия у детей и подростков. М.: Школа-пресс. 1999.

Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н. Аффективные психозы.— Л.: Медицина, 1988.

Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста.— Т. 1.— М.: Медгиз, 1955.

Глава 20
ШИЗОФРЕНИЯ (F20)

Психическая болезнь, безумие, сумасшествие – вот некоторые из прежних обозначений того психоза, который в настоящее время называется шизофренией. Это заболевание знали и древние авторы, но лишь Э. Крепелин (1896) нашел его общие признаки и объединил его разные психические проявления под общим названием «раннее слабоумие» (*dementia praecox*). Однако вскоре стало ясно, что ни слабоумие, ни раннее начало не обязательны для этого психоза. Обнаружив при этом заболевании «элементарные расстройства в недостаточном единстве, в раздробленности и расщеплении мышления, эмоций и воли и субъективного чувства личности», Э. Блейлер (1911) назвал его шизофренией. Оно является самым загадочным заболеванием нашего времени.

Шизофрения (по МКБ-10 – F20) – хронически текущее прогредиентное психическое заболевание, характеризующееся диссоциативностью психических функций, т. е. утратой единства психических процессов с быстро или медленно развивающимися изменениями личности особого типа: аутизмом (прогрессирующей интравертированностью), эмоциональным оскудением (уплощением), снижением активности (падением энергетического потенциала) и разнообразными продуктивными психопатологическими расстройствами (галлюцинациями, бредом, аффективными нарушениями и т. д.).

Первый признак шизофрении заключается в том, что она, как и всякое другое заболевание, имеет начало и хроническое течение.

Второй признак шизофрении – развитие более или менее выраженных стойких изменений психики после периода выраженных и меняющихся по своей интенсивности симптомов. Для шизофрении характерны не сами изменения психики, а их своеобразие.

Утрата единства психических процессов обнаруживается в форме разнообразных расстройств: нарушения естественно-логического строя мышления, выпадения руководящих целевых представлений в речевом потоке, оторванности высказываний от содержания ситуации, несоответствия эмоций высказываниям и поведению и т. д.

Аутизм представляет отгороженность и оторванность от реальности, погружение в мир собственных внутренних переживаний. Больной в своих переживаниях своеобразно инкапсулируется

от внешнего мира. У одних больных аутизм проявляется в пассивности, при этом больной не проявляет участия в делах окружающих, другие погружены в бредовые переживания и не могут вести себя так, чтобы это соответствовало окружающей реальности.

Эмоциональное уплощение, или оскудение, характеризуется утратой интереса к прежним увлечениям, привязанностям, поддержанию приличного внешнего вида, выполнению необходимых гигиенических процедур, в безразличии и инертности к жизненным побуждениям.

Снижение активности – это отсутствие инициативы и побуждений к деятельности, снижение воли.

Третий признак шизофрении – продуктивные психопатологические расстройства – непостоянен. Наиболее часто все же встречаются галлюцинации, бредовые идеи, кататонические расстройства.

Клиническая картина. Шизофреническая симптоматика в целом характеризуется фундаментальными и характерными расстройствами мышления и восприятия, а также неадекватным и сниженным аффектом. Как правило, сохраняется ясное сознание и интеллектуальные способности, хотя с течением времени могут появиться некоторые когнитивные нарушения. Расстройства, свойственные шизофрении, поражают базовые функции, которые придают нормальному человеку чувство своей индивидуальности, неповторимости и целенаправленности. Зачастую наиболее интимные мысли, чувства и действия как будто становятся известными другим или ими разделяются. В таких случаях может развиться разъяснительный бред, будто существуют естественные или сверхъестественные силы, которые воздействуют, часто причудливым образом, на мысли и действия человека. Восприятие также часто нарушается: цвета или звуки могут казаться необычно яркими или качественно измененными, а малозначащие черты обычных вещей могут казаться более значимыми, чем весь предмет в целом или общая ситуация. Растерянность также часто встречается на ранних стадиях заболевания и может привести к мысли, что повседневные ситуации обладают чем-то необычным, чаще зловещим и предназначены исключительно для данного человека. Характерным нарушением мышления при шизофрении является то, что незначительные черты общей какой-либо концепции (которые подавлены при нормальной целенаправленной психической деятельности) становятся преобладающими и заменяют те, которые более адекватны для данных обстоятельств. Таким образом, мышление становится нечетким, прерывистым и неясным, а речь в связи с этим иногда – непонятной. Прерывание мыслей и вмешивающиеся мысли также представляют собой частое явление. У больных появляется ощущение отнятия мыслей. Характерно поверхностное настроение с капризностью и неадекватностью. Нередко наблюдающаяся амбивалентность (разнонаправленность

чувств) проявляется, например, в одновременном существовании любовного порыва и агрессии, радости и печали. Волевые расстройства могут проявиться как инертность, негативизм или даже общая глубокая заторможенность (ступор).

Начало заболевания может быть острым с выраженными нарушениями поведения или постепенным с нарастающим развитием странных идей и малозаметными изменениями поведения.

Течение заболевания также обнаруживает значительное многообразие и никоим образом не означает неизбежное хроническое развитие или нарастающий дефект. В некоторых случаях, частота которых варьируется в разных культурах и популяциях, выздоровление может быть полным или почти полным. Мужчины и женщины заболевают примерно одинаково часто, но у женщин имеется тенденция к более позднему началу заболевания. Хотя патогномоничных симптомов нет, для практических целей целесообразно разделить вышеуказанные симптомы на группы, которые являются важными для диагностики и часто сочетаются в рамках нижеследующих синдромов или форм.

Различают следующие формы шизофрении.

Простая шизофрения (F20.6) получила свое название, потому что, как правило, при ней клиническая картина ограничивается основной симптоматикой, характеризующей заболевание, — нарастанием эмоционально-волевого дефекта, постепенным развитием аутизма. Если же и появляется какая-то продуктивная симптоматика в форме окликов, идей отношения, колебаний настроения, импульсивности, ступора или двигательного возбуждения, то она не сформировывается в острые синдромы с галлюцинаторно-бредовой или кататонической симптоматикой. Заболевание начинается очень незаметно даже для близких и родственников. Сначала падает интерес к школьным занятиям или работе, затем перестают привлекать встречи с приятелями и друзьями, забрасываются увлечения, в конце концов перестают следить за своим внешним видом. Отмечается непродуктивное проведение времени дома или совершение бесцельных прогулок. Из-за резко сниженной собственной активности больные иногда не способны самостоятельно вернуться домой. Они могут стать жертвой непогоды или злонамеренных людей. Больные утрачивают стыдливость, возможность сопереживания, они не отзываются на боли и горести близких, а в далеко зашедших случаях не только оказываются беззащитными, но и неспособными себя обслужить. Время от времени они совершают странные или нелепые поступки, мотивы которых объяснить не могут. Завершается эта форма шизофрении либо приспособлением к жизни дома и освоением какой-нибудь очень несложной работы под присмотром и при руководстве других лиц, либо такой степенью деградации, что жизнь даже дома из-за неправильного поведения может оказаться невозможной.

Параноидная форма (F20.0) – наиболее часто встречаемый тип шизофрении. Она характеризуется преобладанием в клинической картине стойкого бреда преследования, отношения и значения, высокого происхождения, особого предназначения, телесных изменений или ревности. Реже отмечаются идеи воздействия, отравления, величия, «чужих родителей», одержимости, физического недостатка, самоуничижения, виновности, недостаточного контакта, ипохондрические идеи и др. Из галлюцинаций, возникающих на фоне ясного сознания, наиболее часто встречаются угрожающие или приказывающие голоса, а также элементарные слуховые галлюцинации: свист, смех, гудение. Могут быть обонятельные или вкусовые галлюцинации, сексуальные или другие телесные ощущения. Обычно эта форма болезни развивается постепенно. Все начинается с подозрительности, которая направлена на кого-либо из тех, с кем общается больной. Напряжение постепенно нарастает, кажется, что вокруг шепчутся, нагнетают враждебную атмосферу вокруг больного. Пища представляется сомнительной, неприятного вкуса, отравленной, слышатся подозрительные звуки, голоса, угрозы, по радио, телевидению делают непонятные намеки. Бред все больше усложняется, охватывая все большее число лиц и явлений и, таким образом, составляя систему, которая то усложняется, то распадается, не сохраняя все время одну и ту же фабулу. В одних случаях нелепость бреда очевидна (родители – «марсиане»), в других – абсурдность суждений больного оказывается не столь явной (убежденность в наличии тяжелого заболевания). Однако, как правило, постепенно даже видимая аргументированность бреда утрачивается, все заметнее становится нарушение мыслительного процесса, нарастание эмоционально-волевого дефекта и интеллектуального оскудения.

Гебефреническая форма (F20.1) возникает в период взросления. Наиболее типично для нее почти постоянное состояние возбуждения, сочетающееся с необычной, пустой, незаражающей веселостью, нелепой дурашливостью, манерностью. Она также проявляется в утрированном, неуместном кокетстве, гримасах, подмигиваниях, акробатических ужимках, а то и в непрерывных «танцах и гимнастических упражнениях». Одновременно совершаются неожиданные, нелепые, неуместные поступки (использование взрослым самоката для передвижения по улице). Характерна также непоследовательная речь с бессмысленным словосочетанием, неологизмами, вербигерацией или даже выраженной «разорванностью» (нарушениями логических связей в предложениях). Возможно появление отрывочных бредовых идей, более выраженных одиночных кататонических симптомов (нелепого, бурного, хаотического двигательного или речевого возбуждения, стереотипий). Начинается обычно эта форма относительно остро и протекает

быстро, приводя к глубокой деградации, выражающейся в слабоумии с дурашливостью.

Кататоническая форма (F20.2) проявляется обычно сочетанием состояний кататонического возбуждения и ступора. Картины возбуждения разнообразны: одни по своей элементарности напоминают эпилептический припадок, другие — это стереотипно повторяющиеся элементарные движения (подпрыгивания, размахивания руками, как крыльями, непрекращающиеся крики и т. д.). Поведение нелепо, импульсивно, опасно из-за неожиданной агрессии и попыток самоубийства. Явления двигательной заторможенности также разнообразны. Они проявляются либо полной обездвиженностью с отказом от приема пищи и неспособностью регулировать свои естественные отправления в течение недель и месяцев, либо относительно кратковременными застываниями в тех или иных позах. Кататония начинается обычно остро, ее течение чаще ремитирующее с улучшениями и ухудшениями. Исходом может быть аффективная опустошенность и нарастающее слабоумие.

ШИЗОАФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА (F25). Это приступообразные расстройства, при которых выражены как аффективные, так и шизофренические симптомы, чаще одновременно, по крайней мере в течение нескольких дней. Больные, страдающие рекуррентными (повторяющимися) шизоаффективными эпизодами, особенно с преобладающими маниакальными расстройствами, а не депрессивными, обычно выздоравливают полностью, и в редких случаях развивается дефектное состояние.

Распространенность. Заболеваемость — 0,5—0,8% популяции. У подростков мужского пола шизоаффективный психоз встречается в 3 раза реже, чем другие формы шизофрении. Девочки заболевают чаще.

Клиническая картина. При шизоаффективном психозе наблюдаются разной степени длительности аффективные состояния, очень похожие на депрессии или маниакальные фазы, и светлые промежутки с полным или почти полным выздоровлением. По мере повторения фаз в этих промежутках все больше и больше выступают изменения личности (обычно наиболее явные после 3—5-го приступа), присущие шизофрении: нарастающая бездеятельность и апатия, эмоциональное оскудение, замкнутость и даже нарушения мышления в виде резонерства, расплывчатости, витиеватости и т. п. Во время самих маниакальных и депрессивных фаз возникают симптомы, не характерные для маниакально-депрессивного психоза: бредовые (воздействия и др.), галлюцинаторные (слуховые и обонятельные), псевдогаллюцинаторные, онейроидно-кататонические, проявления психического автоматизма.

У детей и подростков острые приступы шизоаффективного психоза часто повторяются в течение относительно небольшого

периода времени, поэтому стойкие изменения психики могут возникнуть уже спустя год-полтора после начала заболевания. В детско-подростковом возрасте симптоматика психоза в форме отдельных проявлений психического автоматизма, отрывочных бредовых переживаний, иллюзорно-галлюцинаторных страхов, бредоподобных идей может быть не явной, скрытой и возникать на фоне атипичных, главным образом субдепрессивных, нередко соматизированных фаз.

Этиология неизвестна. Предполагается, что это один из вариантов шизофрении.

Шизотипическое расстройство (F21). Это расстройство характеризуется чудаковатым поведением, аномалиями мышления и эмоций, которые напоминают наблюдаемые при шизофрении, хотя ни на одной стадии развития характерные для шизофрении нарушения не наблюдаются. Какой-либо превалирующей или типичной для шизофрении симптоматики нет. При этом расстройстве встречаются следующие симптомы:

1) неадекватный или сдержанный аффект, в связи с чем больные выглядят эмоционально холодными и отрешенными;

2) поведение или внешний вид — чудаковатые, эксцентричные или странные;

3) плохой контакт с другими, с тенденцией к социальной отгороженности;

4) странные убеждения или магическое мышление, влияющие на поведение и несовместимые с субкультуральными нормами;

5) подозрительность или параноидные идеи;

6) навязчивые размышления без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием;

7) необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализация или дереализация;

8) аморфное, обстоятельное, метафорическое, гипердетализованное или стереотипное мышление, проявляющееся странной, вычурной речью или другим образом без разорванности;

9) эпизодические транзиторные квазипсихотические эпизоды с иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями, бредоподобными идеями, возникающие, как правило, без внешней провокации.

Расстройство носит хронический характер с колебаниями в интенсивности. Точное время начала трудно определить, а течение такое же, как и при личностных расстройствах. Чаще шизотипическое расстройство встречается у родственников больных шизофренией. Для диагностики это расстройство представляет определенные трудности, так как имеет много сходного с простой формой

шизофрении, с шизоидным или параноидным личностным расстройством. В связи с невыраженностью симптомов эту форму называют латентной шизофренией. Многие чудаки и отчужденные личности — это латентные шизофреники. Они выделяются в своей среде упрямством, необычным образом жизни и малой приспособленностью. О латентной шизофрении приходится думать тогда, когда без видимых причин падает витальность и динамичность, и личность опускается в своем развитии. Это может случиться в подростковом и юношеском возрасте. Правильность распознавания шизотипического расстройства определяется наличием не менее трех-четырех описанных признаков, наблюдающихся в продолжение не менее 2 лет. В прошлом у больного не должно быть никаких признаков шизофренического процесса.

ДЕТСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

10% из больных шизофренией заболевают ею в детском возрасте.

Шизофрения раннего и дошкольного возраста. Начинается у 69% детей до 3 лет, у 26% в 3—5 лет, у 5% между 5 и 8 годами. Чаще встречается у мальчиков, чем у девочек,— 2,9 : 1. Наследственная отягощенность у детей, заболевших в этом возрасте, выше, чем в целом у всех больных шизофренией. У 26,1% детей — отягощенность шизоидной психопатией, у 11,5% — шизофренией, у 2,1% — другими психозами, у 1,8% — алкоголизмом. Доболезненное состояние детей неблагополучно у 62% из-за патологии беременности, у 44% из-за родовых травм.

Злокачественно текущая форма. Примерно у 25—32,3% детей этого возраста, заболевших шизофренией, наблюдается эта форма течения. Она обычно начинается в 1,5—2 года с угасания психической активности, побуждений, приостановки психического развития. Уже за несколько месяцев до этого можно заметить уменьшение интереса к играм, пассивную реакцию на ласку родителей, недостаточное стремление к общению. Раннее психомоторное развитие может быть своевременным. Заболевание проявляется прекращением использования известных слов, произнесением своеобразных фраз. Исчезают эмоциональные привязанности, что, в частности, проявляется отсутствием положительного реагирования на приход и уход матери. Нарастающая пассивность приводит к исчезновению желания играть с детьми, развлекать себя игрушками. Сначала появляются однообразные игры, затем они сменяются стереотипиями: непрекращающимся размахиванием, верчением, постукиванием. При этом преимущественно используются неигровые предметы: веревочки, палочки, бумажки, железки и т. д.

Нередко болезненно реагируют на такие события, как помещение в детское учреждение, передача на воспитание другим родным. В период возрастного криза 2,5—3 лет злокачественность течения становится явственнее. В это время контакт нарушается резко, ребенок не отвечает на вопросы, совсем не реагирует на разлуку, еще больше обедняются игры. Появляются страхи, нарушения зрительного восприятия.

У одних детей возникают преимущественно кататонические расстройства. В этом случае ребенок отказывается от речи, появляются эхолалии, вербигирации, двигательная заторможенность, кратковременные застывания, манерное поведение, вычурные движения, импульсивность, стреотипии (бег по кругу), неадекватный смех. Все же двигательное возбуждение преобладает. Ребенок всегда в стороне от людей. Его внимание привлечь не удается или же только на самое короткое время. Ребенок не научается проситься на горшок, его приходится кормить с рук, не развиваются навыки самообслуживания. Если речь еще сохраняется, то она не служит для общения.

У других детей (значительно реже) развиваются преимущественно гебефренные симптомы. Сначала преобладает пассивность, затем появляются неадекватные поступки. Возникают двигательное беспокойство, эйфория, дурашливость, необычные позы, манерность, импульсивность (неожиданные ужимки, прыжки, агрессия). Речь становится разорванной.

При обоих вариантах через 2—3 года может наступить некоторое улучшение. Уменьшается выраженность кататонических и гебефренных симптомов, улучшается сон, исчезают страхи, возбуждение. При втором возрастном кризе (7—8 лет) обычно возникает обострение заболевания. Констатируется отставание психического развития сложной структуры. На этом фоне некоторые дети овладевают элементарными навыками самообслуживания, усваивают правила несложных игр.

Непрерывно-прогредиентная форма. Начинается не ранее 5—9-летнего возраста постепенно с эмоциональных расстройств, аутизации. Вначале преобладают подозрительность, недоверчивость, бредовая настроенность без законченного словесного оформления. «Ни с кем дружить нельзя, возьмут игрушки, книжки». Может быть бредовая настроенность в отношении родителей. Усиливается враждебность. В сферу враждебного отношения вовлекаются все новые и новые лица. Появляются отдельные слуховые галлюцинации, элементы психического автоматизма.

При другом варианте преобладают галлюцинации, образное фантазирование. Постепенно фантазии начинают возникать непроизвольно, присоединяются зрительные псевдогаллюцинации, сновидные переживания, отрывочные идеи воздействия, деперсонали-

зация. Формируется синдром психического автоматизма чувственно-образного характера.

Вялая форма. Начинается во время 3—4-летнего кризиса, встречается у 11,7—50% детей, заболевающих шизофренией, провоцируется инфекционными заболеваниями или психогенными факторами (разлука с родителями, смена обстановки). Развитие процесса медленное, постепенно меняется личность. Снижается потребность в контакте, общительность становится избирательной, утрачивается эмоциональная живость, но еще может оставаться чрезмерная сенситивность. Отмечается диссоциация в психическом развитии. Ускоряется формирование интеллекта, склонность к отвлеченным интересам, однако продуктивность не высока, снижены познавательные интересы. При этом задерживается моторное развитие, овладение навыками самообслуживания, появляется скованность, неловкость. Обычно у этих ребят слабый инстинкт самосохранения, плохой аппетит. Происходит аутизация – ребенок одинок, вне группы сверстников, никак не играет. Эмоциональный контакт ухудшается, но аффективное снижение не очень грубое. С родителями расстается легко, а если даже и не отпускает, то лишь в связи с переживаемыми страхами. Имеют место свойственные для раннего и дошкольного возраста соматовегетативные нарушения (снижение аппетита, расстройства сна), двигательные и речевые расстройства (нарушения темпа речи, манерность, вычурность интонаций). Нередко наблюдаются неврозоподобные симптомы: колебания настроения, аморфные немотивированные бессодержательные страхи. Могут быть также страхи космического характера («упадет солнце»), страхи, связанные с сюжетом сказок. Даже страхи, в прошлом возникшие в реальной ситуации, становятся причудливыми, теряют связь с бывшими событиями. Встречаются навязчивые страхи (заражения, загрязнения). Возможны переходы навязчивых симптомов в бредовые переживания. По сюжету это могут быть вначале ипохондрические, а затем идеи отношения, преследования. Могут быть психопатоподобные расстройства: нарушения влечений (злобность, жестокость, агрессия, садизм) и поведения.

Шизофрения детей школьного возраста. Чаще всего начинается медленно, незаметно. Постепенно меняется личность ребенка. Он становится отгороженным, у него ослабевают привязанности и интересы к играм и учебе. Иногда извращаются чувства к родителям, появляется враждебность или безразличие. Возникают расстройства мышления. Оно становится непродуктивным, появляются наплывы мыслей и обрывы их течения. На этом фоне возникает боязнь за собственную жизнь, здоровье или за благополучие и здоровье родителей. Помимо страхов заражения и других ипохондрических переживаний, возможно появление боязни школы, прогулок, чужих людей. Эти страхи могут быть навязчивыми или сверхценными. Вначале они могут быть обоснованными, но

вскоре оказываются оторванными от ситуации, распространяются на другие сферы жизни, становятся нелепыми. Могут присоединиться мысли о постороннем влиянии, воздействии, порче и т. д. Нередки навязчивое мудрствование, навязчивые сомнения и влечения. Появляются защитные ритуалы в форме словесных отговорок или рассуждений, а также различных действий. Обычно вскоре они становятся независимыми от страхов и потому оказываются непонятным поведением. Другое частое проявление шизофрении – образное патологическое фантазирование с рудиментарными псевдогаллюцинациями. Обычно оно является отражением аутизма или измененных влечений (агрессии, садизма). Эти влечения проявляются словесно, и тогда ребенок постоянно угрожает, оскорбляет окружающих. Если он выражает их в рисунках, то основной тематикой оказываются убийства, стрельба, взрывы, бандиты, бомбы и т. д. В своем фантастическом мире ребенок не допускает окружающих в то, чем он живет. Требует называть себя вымышленным именем. Играет в одиночку выдуманными игрушками, персонажами, рисует фантастические миры, в которых обитает, строит взаимоотношения с теми, кто существует лишь в воображении. При этом о чем-то задумывается, шепчет, гримасничает, совершает какие-то действия. В фантазиях у мальчика, например, появляется агрессивность, он перевоплощается в объект своих выдумок – в дикого кота, гладиатора, разбойника. У девочки может проявиться сексуальность, она становится «возлюбленной принца», невестой воображаемого мальчика Володи. Фантазии приобретают бредоподобный характер. Они проявляются охваченностью и одержимостью «мечтами», полной «погруженностью в мир своих фантазий», трудной переключаемостью на реальные события и попытками систематизировать фантастические идеи, а также в появлении веры в то, что их выдумки существуют на самом деле. К ним присоединяются «грезы наяву» с образными представлениями, в которых ребенок «переносится на другую планету», «раскачивается на качелях, сооруженных в облаках». У некоторых детей – отвлеченные сверхценные интересы к календарным датам, цифрам, картам, планам и т. п. Описываемые расстройства превращаются в более или менее выраженные бредовые идеи или постепенно затухают.

Наряду с непрерывным развитием психических расстройств часто встречается и приступообразное течение. В этом случае в период улучшения помимо симптомов шизофренического дефекта обнаруживаются признаки замедления психического развития.

Шизофрения подросткового возраста. Клиническая картина шизофрении у подростков не очень сильно отличается от психопатологии этого заболевания у взрослых. Но так как возрастные отличия все же существуют (разнообразие симптоматики, острота

возникновения, частая смена настроения), то об их особенностях будет сказано ниже.

Примерно в трети случаев заболеванию за несколько лет или месяцев до его начала предшествуют предвестники («зарницы»). Это нелепые, неожиданные, необъяснимые поступки, «беспричинные» галлюцинаторные или бредовые эпизоды, маниакальные или депрессивные приступы, дереализационные состояния, продолжающиеся несколько дней или недель. Начало заболевания провоцируется серьезными конфликтами со сверстниками, несложившимися отношениями в семье, попытками насилия, неблагоприятно протекающим пубертатным кризом и т. д. Все многообразие клинических проявлений шизофрении у подростков подразделяется на ряд форм.

Вялотекущая форма встречается у трети подростков, заболевших шизофренией. У половины больных, страдающих этой формой, наблюдается *неврозоподобная симптоматика*, напоминающая таковую же при неврозах. Чаще всего это различные навязчивые симптомы (мысли, страхи, воспоминания, действия, влечения) или астеноипохондрические переживания. Примерно с такой же частотой встречаются дисморфоманические расстройства, выражающиеся в мыслях о собственном уродстве, неприятном для окружающих. Реже отмечаются синдром анорексии (отказа от приема пищи) или синдром «философической интоксикации» (бесплодного неотвязного мудрствования, главным образом, на отвлеченные темы). Другую половину больных этой формой составляют подростки с психопатоподобной симптоматикой, т. е. с изменениями личности различного типа: шизоидными, неустойчивыми, эпилептоидными или истереоидными.

Прогредиентная форма (с заметным развитием стойких психических нарушений) наблюдается чаще, примерно у 70% больных подростков. Она обычно начинается с неврозоподобной или психопатоподобной симптоматики, реже с паранойяльной, а затем в клинической картине преобладают лишь основные шизофренические проявления — нарастание эмоционально-волевых расстройств, снижение активности и интересов.

Реже наблюдаются остро или подостро развивающиеся параноидный или кататоно-гебефренный синдром.

Редко встречается острый полиморфный синдром, продолжающийся в течение нескольких недель. На фоне бессонницы, тревоги, растерянности, недопонимания происходящего страх чередуется с эйфорическим экстазом, плач с агрессией. Возникают галлюцинаторные эпизоды (голоса, запахи), явления психического автоматизма (звучание собственных мыслей в голове), отрывочные бредовые высказывания, сменяющие друг друга (психиатрическую больницу принимают за родильный дом, тюрьму

и т. д.). Этот синдром заканчивается выздоровлением или сменяется параноидной, простой или гебефренной формой.

Течение шизофрении у подростков, как правило, непрерывно-прогредиентное или чаще приступообразно-прогредиентное (волнообразное). Однако у 30% подростков встречается злокачественное течение, приводящее к тяжелой деградации в течение нескольких лет. В процессе заболевания во время улучшений (ремиссий) преобладает психопатоподобная, апатоабулическая, астеническая, бредовая или аутистическая симптоматика.

ПАТОПСИХОЛОГИЯ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Наиболее существенным изменением познавательной деятельности при шизофрении является нарушение избирательности в структуре широкого круга познавательных процессов.

У детей с благоприятно протекающей шизофренией отсутствуют ролевые игры, они не играют в сюжетные игры, не принимают социальных ролей, не воспроизводят в играх ситуации, отражающие реальные межличностные отношения (семейные, профессиональные). Содержание их игр в одиночку необычно.

Увлечения их односторонни (прослушивают одни и те же мелодии, читают одни и те же сюжеты), продукты их творчества однообразны. Увлечения оторваны от реальности, бессодержательны: сочинения бессмысленных стихов, вычерчивание маршрутов транспорта в вымышленных городах. Увлечения могут быть результатом рано проявившегося интереса к цифрам, шахматам, музыке. Круг интересов ограничен развитием односторонних способностей, которые могут достигать достаточно высокого уровня.

У детей раннего возраста отмечается глубокий познавательный дефицит за счет патологии речи или из-за недоразвития репрезентативной и символической систем. Обнаруживается тяжелое нарушение социального приспособления.

Отмечается также особая неравномерность нарушения интеллектуальной деятельности: трудности выполнения заданий наглядно-конкретного характера при достаточной сохранности вербального мышления и склонности этих больных к вербальным суждениям.

Затруднено овладение орудийными функциями предметов, т. е. у них страдает та сторона психического развития, которая в первую очередь связана с развитием социальных контактов и с усвоением социального опыта.

Асинхронно формируются различные сферы психической деятельности у детей, больных шизофренией: гипертрофировано развитие абстрактных понятий и их недостаточное организующее влияние на формирование перцептивных обобщений.

Дети, больные шизофренией, стойко опережают здоровых сверстников на всех возрастных этапах по уровню развития обобщения. Неравномерно развивается операционная сторона восприятия. Имеются определенные затруднения в оперировании предметными изображениями при сохранном оперировании более формальными геометрическими изображениями. Страдают те стороны предметного восприятия, которые формируются под воздействием предметной практики.

Избирательность мышления (актуализация знаний) на всех возрастных этапах значительно хуже, чем у здоровых детей. У больных формирование избирательности восприятия улучшается с возрастом, однако отстает от такового у здоровых. У больных шизофренией по сравнению со здоровыми детьми меньшая избирательность познавательной деятельности. У них менее устойчивый характер связей и отношений, лежащих в основе формирования обобщенных образцов-эталонов, общих представлений и понятий.

Существует связь между «формализмом» и необычностью мышления, характерной для больных шизофренией. Суть формального подхода к анализу действительности состоит в игнорировании фактора значимости, в отсутствии иерархии, в рядоположенности свойств и отношений. Формальное понятие внутренне родственно псевдопонятию и комплексу. Любой формально общий признак может быть положен в основу обобщения предметов. Крайний вариант — «вербальный комплекс», когда предметы объединяются по чисто словесной общности и при этом не учитывается, что одно и то же слово может иметь разные значения и обозначать разные признаки (плащ и ночь обобщаются на том основании, что «могут быть длинными»). Такой формальный подход позволяет сближать далекие, разнородные объекты и понятия, что создает впечатление необычности, оригинальности, чудаковатости мышления. Эти закономерности позволяют объяснить «формальную» сохранность интеллекта, склонность к схематизму, формально-отвлеченному мышлению, возможность выполнения довольно сложных видов мыслительных задач, требующих ориентировки в реальных жизненных отношениях, неадекватность обобщений и суждений, основывающихся на необычных, малозначимых, латентных свойствах и отношениях.

Этиология и патогенез шизофрении. Шизофрения — болезнь с наследственной предрасположенностью. Возникновение шизофрении, т. е. реализация предиспозиции, зависит от провоцирующих стрессов. Вызвать эти стрессы могут как биологические (соматические заболевания), так и социальные (трудно переносимые жизненные события) факторы или их комбинации.

Психоаналитический подход. Основным расстройством при шизофрении является нарушение формирования «эго», которое влия-

ет на понимание личностью реальности и управление внутренними потребностями, что может, в частности, привести к расстройству психосексуального развития, агрессивному поведению. Нарушение организации «эго» возникает в результате неправильных взаимоотношений между младенцем и матерью. Возникший между ними симбиоз не может позволить ребенку отделиться от матери и развиваться вне ее близости [Mahler M., 1955]. Больной не способен установить устойчивые межличностные взаимоотношения, основой которых могло бы стать чувство безопасности, возникающее при наличии тесной привязанности между матерью и ребенком. Основное расстройство при шизофрении — неспособность достигнуть различения между самим собой и окружающей средой. Другое предположение — дефект «эго» — вызывает возникновение враждебности и агрессии, разрушают связь мать—младенец и создают незащищенность от возможных стрессов. Возникновение шизофрении у подростка объясняют тем, что слабое «эго» не способно справиться с возросшими внутренними потребностями, необходимостью отделиться, утвердить собственную личность, удовлетворить потребность к независимости. Различные симптомы имеют символическое значение для каждого больного. Мысли о конце света указывают на переживания больным крушения собственного внутреннего мира. Бред или галлюцинации — заместительная попытка создать новую реальность или выразить потаенные страхи или побуждения. Тревога больных — следствие тревожности их матерей, приведшей к дезинтеграции функции «эго» (S. Sullivan).

Теория обучения. В детском возрасте больные шизофренией усваивают иррациональные реакции и образы мышления, подражая своим родителям, которые сами имеют выраженные эмоциональные трудности. Неспособность освоить социальные взаимодействия — причина нарушенных межличностных связей.

Теории, касающиеся роли семьи. Будущий больной шизофренией попадает в условия, когда он должен сделать выбор между двумя альтернативами, которые вызывают у него замешательство и являются непереносимыми (G. Bateson). Другие варианты теории: 1) «расщепление» между родителями (один из родителей очень близок к ребенку противоположного пола); 2) перекос в сторону связи с одним из родителей (состязание в силе, при котором один из родителей является доминирующим) (T. Lidz); 3) подавление эмоциональных отношений в семье «псевдовзаимными» и «псевдовраждебными» вербальными связями и общением характерным и единым способом.

Социальные теории. В происхождении шизофрении играют роль урбанизация и индустриализация. При этом обращается внимание на стрессы, связанные с фактом проживания людей в промышленных городах.

Биологические теории. Генетические факторы. Наследственное предрасположение к шизофрении определяется несколькими генами. Генетическое происхождение заболевания подтверждается родством, т. е. тем, что в семьях, больных шизофренией, больше риск заболевания, чем в популяции (1%). При этом чем ближе кровное родство с больным, тем больше вероятность заболевания шизофренией. Так, у родителей (братьев, сестер) этот риск составляет 10—12%, у дедов, бабушек (дядей, теток, кузенов) — 5—6%, у внуков — 3%. Наиболее убедительные доводы в пользу наследственного предрасположения к шизофрении получены при изучении близнецов. У двуяйцевых близнецов риск заболевания 12—15% (как у братьев и сестер), у однояйцевых —31—78%. Опасность заболеть шизофренией зависит от биологического родителя, а не от приемного. Риск заболевания усыновленного (удочеренного) ребенка такой же (10—12%), как если бы этот ребенок воспитывался своими биологическими родителями.

Биологические факторы. Предполагается, что предрасположение к шизофрении через гены передается или в форме биохимического дефекта, или нарушением развития определенной структуры в ЦНС.

Дофаминовая гипотеза. Шизофреническую симптоматику связывают с относительным преобладанием в лимбической, а также в кортикальной области дофамина по сравнению с другими нейротрансмиттерами (веществами, передающими нервный импульс) в синапсе (при контакте нейронов).

Психонейроиммунологическая гипотеза. Из-за имеющейся активации иммунной системы у больных шизофренией возникновение этого заболевания связывают с вирусным заражением или с аллергией на изменения в организме больного.

? Тест для самостоятельной работы

1. Шизофрения — это:
а) острое заболевание;
б) хроническое заболевание;
в) прогредиентное заболевание.

2. Характерные признаки шизофрении:
а) нарастающее слабоумие;
б) утрата единства психики, нарастающий аутизм, эмоционально-волевые расстройства;
в) расстройство сознания.

3. Аутизм — это:
а) отгороженность и оторванность от реальности, погружение в мир собственных внутренних переживаний;
б) интравертированность;
в) эгоцентризм.

4. Снижение энергетического потенциала — это:
   а) отсутствие инициативы и побуждений к деятельности, снижение воли;
   б) депрессия;
   в) астения.

5. Эмоциональное оскудение — это:
   а) утрата интересов и привязанностей, безразличие и инертность к жизненным побуждениям;
   б) абулия;
   в) эйфория.

6. Утрата единства психики — это:
   а) нарушение логического строя мышления, несоответствие эмоций высказываниям и поведению;
   б) расстройство сознания;
   в) психический автоматизм.

7. Продуктивная симптоматика — это:
   а) галлюцинации, бред, аффективные нарушения;
   б) слабоумие;
   в) неврологические симптомы.

8. Течение шизофрении:
   а) всегда острое;
   б) всегда непрерывное;
   в) может быть непрерывным и приступообразным.

9. Простая форма шизофрении характеризуется:
   а) основной шизофренической симптоматикой, нарастанием эмоционально-волевого дефекта;
   б) непрерывным течением;
   в) благоприятным исходом.

10. Гебефреническая форма шизофрении характеризуется:
   а) возбуждением, незаражающей веселостью, нелепой дурашливостью, манерностью, грубыми нарушениями мышления;
   б) психопатоподобным поведением;
   в) злокачественным течением.

11. Параноидная форма шизофрении характеризуется:
   а) преобладанием в клинической картине стойкого бреда и галлюцинаций;
   б) приступообразным течением;
   в) отсутствием нарастающего дефекта.

12. Этиология шизофрении:
   а) наследственное предрасположение, реализуемое стрессовыми ситуациями;
   б) психогенные факторы, связанные с неблагоприятными жизненными обстоятельствами;
   в) результат особого развития личности, спровоцированного ранними детскими переживаниями.

13. Ранняя детская шизофрения характеризуется:
   а) наибольшей злокачественностью, быстрым развитием аутизма, нарушением речи, рудиментарностью продуктивных симптомов и глубиной дефекта;

б) непрерывным течением;
в) медленным началом заболевания, страхами, фантазиями, нарушением поведения, нарастанием аутизма, замедлением психического развития.

14. Детская шизофрения характеризуется:
а) медленным началом заболевания, страхами, фантазиями, нарушением поведения, нарастанием аутизма, замедлением психического развития;
б) наибольшей злокачественностью, быстрым развитием аутизма, нарушением речи, рудиментарностью продуктивных симптомов и глубиной дефекта;
в) разнообразными психопатоподобными симптомами, характерными возрастными синдромами и склонностью к приступообразному течению.

15. Подростковая шизофрения характеризуется:
а) медленным началом заболевания, страхами, фантазиями, нарушением поведения, нарастанием аутизма, замедлением психического развития;
б) разнообразными психопатоподобными симптомами, характерными возрастными синдромами и склонностью к приступообразному течению;
в) отсутствием отличий от шизофрении взрослых.

Рекомендуемая литература

Башина В. М. Ранняя детская шизофрения.— М.: Медицина, 1980.
Вроно М. Ш. Шизофрения в детском и пубертатном возрасте/ Руководство по психиатрии.— Т. 1.— М.: Медицина, 1983.— С. 355—372.
Мамцева В. Н., Сосюкало О. Д. Шизофрения/ Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста.— М.: Медицина, 1995.
Мелешко Г. К., Алейникова С. М., Захарова Н. В. Особенности формирования познавательной деятельности у детей, больных шизофренией/ Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста.— М.: ВНЦПЗ, 1986.— С. 147—160.
Личко А. Е. Шизофрения у подростков.— Л.: Медицина, 1989.
Поляков Ю. Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении.— М.: Медицина, 1974.
Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста.— М.: Медицина, 1974.

10 Зак. 4344

Глава 21
ЭПИЛЕПСИЯ (G40)

У 5—7% детей возникают эпилептические припадки, т. е. приступы кратковременных нарушений сознания, как правило, сопровождающиеся судорожными явлениями. Причины появления этих припадков различны.

Эпилептическая реакция — это реакция организма в форме эпилептического припадка, возникающая в ответ на резкое повышение температуры тела, тяжелое отравление ядами, инфекционное заболевание, поражение электрическим током, аллергию. Предрасположением к эпилептической реакции могут быть наследственная отягощенность припадками, предшествующее органическое поражение головного мозга, тяжелые истощающие заболевания.

Эпилептические синдромы. Так называются припадки, наблюдающиеся при очаговых поражениях мозга (опухолях, энцефалитах, травмах, сосудистых, паразитарных и других заболеваниях), а также при наследственных болезнях обмена веществ (фенилкетонурии), наследственно-дегенеративных заболеваниях (туберозном склерозе, энцефалотригеминальном ангиоматозе).

Эпилепсия — хроническое заболевание головного мозга различной этиологии, характеризующееся повторными пароксизмальными нарушениями сознания в типичных случаях, сочетающимися с судорожными проявлениями, и сопровождающееся преходящими расстройствами аффективности (настроения) или сознания, а также стойкими нарушениями психики в форме изменений личности или слабоумия.

Распространенность эпилепсии в детском и подростковом возрасте 0,5—0,8%. Более 75% случаев эпилепсии начинаются в первые два десятилетия жизни. Около 30% больных обнаруживают психические расстройства, требующие лечения.

Клиническая картина. Основным клиническим проявлением эпилепсии является припадок. Эпилептический приступ (припадок) характеризуется внезапно возникающими, короткими по продолжительности (от нескольких секунд до нескольких минут) двигательными, сенсорными, вегетативными или психическими симптомами, происхождение которых связано с очень сильными разрядами нейронов головного мозга.

Различают следующие виды припадков. *Простые фокальные (парциальные) припадки.* Они начинаются локально, и при них

не наблюдается утрата сознания. Примером могут быть припадки, начинающиеся с сокращения мышц одной половины лица с дальнейшим распространением на верхние, а затем и нижние конечности той же стороны тела. Эти простые приступы могут также проявляться элементарными галлюцинациями: осязательными, зрительными (фотопсиями), слуховыми (акоазмами) или вегетативными симптомами (рвотой, недержанием мочи, кала, приступами потливости, жара и т. д.).

Сложные фокальные (парциальные) припадки характеризуются тем, что при них либо одновременно с началом припадка, либо через некоторое время после его начала нарушается сознание. Сюда относятся психомоторные припадки, при которых появляются автоматические движения или действия, иногда сопровождающиеся звоном в ушах, возбуждением, тревогой или другими психосенсорными, аффективными проявлениями. Примером могут быть приступы, когда ребенок среди сна кричит или бормочет, вскакивает, беспокоится, с выражением страха на лице делает какие-то защищающие движения, а при утреннем пробуждении не помнит о происшедшем. Нередко также встречаются «оральные» автоматизмы в форме кратковременных жевательных, глотательных, причмокивающих и облизывающих движений на фоне нарушенного сознания.

Припадки с фокальным началом и вторичной генерализацией. Они могут начинаться с локальных мышечных сокращений и завершаться судорожными движениями, охватывающими всю мускулатуру тела.

Генерализованные припадки. При этих припадках нет локального начала, они характеризуются выключением сознания и при наличии судорог начинаются с мышц обеих сторон тела.

Абсансы (малые припадки) – кратковременные (1–15 с) выключения сознания без сопутствующих симптомов или с легкими судорожными явлениями.

Миоклонические припадки – приступы общего вздрагивания (толчки), иногда со стремительным броском вперед или назад. Обычно резким кратковременным сокращением охватываются не все, но одновременно множество симметричных мышечных групп, что проявляется внезапными и молниеносными движениями различной амплитуды. Это могут быть также подергивания мышц половины лица или одной конечности.

Тонико-клонические припадки (большие судорожные) – приступы, проявляющиеся тоническими судорогами (одновременным сокращением мышц сгибателей и разгибателей) с последующей сменой их клоническими судорогами (попеременными сокращениями то мышц сгибателей, то разгибателей). У детей чаще во время приступа преобладают тонические судороги. Если припадок ими и ограничивается, то он называется абортивным припадком.

Атонические (астатические) припадки. При этих приступах внезапно нарушается тонус постуральных мышц, т. е. мышц поддерживающих определенную позу человека. В результате может произойти падение тела, или голова упадет вперед, или опустится нижняя челюсть и откроется рот. Утрата сознания не продолжается больше нескольких секунд. Приступы падения настолько неожиданны, что больной нередко получает серьезные травмы лица. Иногда приступ протекает в форме более длительно развивающегося снижения мышечного тонуса (до нескольких минут).

ЭПИЛЕПСИЯ У ДЕТЕЙ

Генерализованные судорожные припадки у детей встречаются в 2 раза чаще, чем у взрослых. У них также преобладают атипичные пароксизмы: тонико-клонические, не развивающиеся полностью или ограничивающиеся только тонической или клонической фазами (абортивные припадки). Чаще встречается разнообразие (полиморфизм) приступов у одного и того же больного. У детей чаще, чем у взрослых, наблюдается такое тяжелое осложнение, как эпилептический статус, при котором припадки следуют друг за другом, а у больного в промежутках между ними сознание не проясняется. Ниже приводятся те припадки, которые встречаются только у детей.

Пропульсивные малые припадки. Эти припадки характеризуются потерей сознания и движениями вперед. Внезапное ослабление постурального мышечного тонуса приводит к разным вариантам приступов. *Салаамовы припадки* отличаются тем, что туловище наклоняется вперед, а голова вниз, руки сначала разводятся вверх и в стороны и затем приводятся. *Кивки* выражаются в стремительном толчкообразном рывке головы вперед (падении головы на грудь), напоминая при этом поклон. *Клевки* проявляются рывком головы и туловища (наподобие движения птиц во время поклева). Пропульсивные припадки наблюдаются у 6% детей с эпилепсией в возрасте от нескольких недель до 6—8 лет. Они составляют основу синдрома Веста, при котором эти приступы протекают сериями в несколько десятков или даже сотен в сутки. Пропульсивные припадки сочетаются с неврологическими нарушениями, тяжелым отставанием в психическом развитии (слабоумием) и специфическими изменениями (гипсаритмией) на ЭЭГ.

Миоклонические, астатические, припадки являются ведущим проявлением синдрома Гасто—Леннокса. При этом синдроме наряду с миоклоническими наблюдаются пропульсивные, атипичные малые и абортивные припадки, а иногда также и большие припадки. Все они проявляют склонность к серийному тече-

нию и осложнению эпилептическим статусом. Часто наблюдаются нарушения двигательных функций, а также другие неврологические нарушения и тяжелое отставание в психическом развитии.

Ретропульсивные (пикнолептические) малые припадки характеризуются абсансами (поверхностной и очень кратковременной утратой сознания), сочетающимися с ритмическими закатываниями глазных яблок, вздрагиванием век и такими же ритмически повторяющимися запрокидываниями головы или разгибаниями туловища с одновременными поднятиями рук. Приступы имеют тенденцию к серийному течению (до нескольких сот в сутки). Они входят в состав синдрома Фридмана, при котором наблюдаются также большие судорожные припадки. Появляется синдром в возрасте 5—10 лет, чаще у девочек. Прогноз благоприятен, интеллект и личность остаются сохранными.

Импульсивные малые припадки — внезапные, мгновенные, симметричные вздрагивания преимущественно плечевого пояса и верхних конечностей. Наблюдаются у больных в возрасте 10—22 лет.

Расстройства сна. В 13% случаев у детей эпилепсия начинается с расстройств сна. Среди них наиболее часто встречаются ночные страхи, снохождения, крик, смех, плач, сноговорение. Их происхождение может быть объяснено явлениями функциональной диссоциации, когда торможение, охватив кору больших полушарий головного мозга, высвобождает подкорковые структуры с их эмотивностью и двигательным автоматизмом. Кроме того, первыми признаками эпилепсии могут стать необычные сновидения, психомоторные пароксизмы и неожиданные пробуждения.

Предвестники. За несколько часов и даже дней до припадка наблюдаются явления, предшествующие ему. Чаще всего они оказываются снижением работоспособности, ухудшением сна, тревожно-подавленным настроением, трудно описываемыми внутренними ощущениями.

Аура — непосредственный предвестник припадка или простой парциальный приступ. Аура продолжается от нескольких секунд до нескольких минут. Ее важно учитывать для распознавания локализации очага поражения, провоцирующего возникновение приступа. Иногда ауры встречаются изолированно, без последующего припадка. Ауры проявляются моторными, сенсорными, вегетативными или психопатологическими симптомами. Для диагностики эпилепсии важны: «эпигастральные» ауры — внезапно и кратковременно возникающие боли или неприятные ощущения в животе, часто сопровождающиеся тошнотой; «сердечные» ауры — внезапные сердцебиения или «замирания» сердца; «вестибулярные» ауры — приступы внезапных и кратковременных головокружений с тошнотой и рвотой.

Симптомы, отмечающиеся после припадков. Послеприпадочный сон. От обычного физиологического сна отличается

расслаблением мышц конечностей, сфинктера мочевого пузыря (упускание мочи), отсутствием некоторых реакций и рефлексов, появлением патологических рефлексов. Продолжается от нескольких минут до нескольких часов.

Состояние спутанного или сумеречного сознания. По завершении послеприпадочного сна или вместо него может возникнуть расстройство сознания. При этом больной возбужден, порывается встать, куда-то идти, выполняет простые стереотипные действия (одевается, собирает вещи). Реже это состояние сопровождается иллюзиями или галлюцинациями.

Психические нарушения у детей и подростков так же разнообразны, как и пароксизмальные состояния. Встречаются астенические состояния, обусловленные перенесенными органическими поражениями головного мозга, нарушения психического развития различной степени выраженности, девиантные формы поведения и аффективные расстройства. Наиболее часто эти виды расстройств сочетаются между собой.

Астенические состояния. С одной стороны, они являются фоном, на котором развиваются припадки и другие психические нарушения, с другой (реже) – они могут стать преобладающей психопатологической симптоматикой. В этом случае в состоянии больных доминирует нервно-психическая возбудимость, общая слабость, высокая чувствительность к внешним раздражителям, быстрая истощаемость, нарушения сна, вегетативные расстройства (колебания артериального давления, частоты пульса и т. д.), головные боли и др.

Нарушения психического развития. У некоторых детей, страдающих эпилепсией, изменения психики либо совсем не обнаруживаются, либо мало заметны при ненаправленной беседе.

Легкое снижение интеллекта наблюдается у 20–25% больных. У части больных с легкими нарушениями мышления, способностей и памяти нет нарушений характера. У них появляется забывчивость, трудность переключения внимания, умственная медлительность, легкие проявления олигофазии (сокращения словарного запаса), ухудшение памяти, сообразительности. Ухудшается успеваемость. В этих случаях психологическое тестирование уже может выявить замедленность психических процессов, снижение уровня обобщения, слабость абстракции. Большая часть детей стремится старательностью, исполнительностью, усидчивостью компенсировать ослабление способностей. Некоторые из них отличаются изменениями характера, они становятся более раздражительными, обидчивыми, упрямыми, грубыми, злыми.

В 9–10% случаев отмечается выраженное слабоумие. У этих детей с характерными нарушениями мышления, памяти, снижением интеллекта наблюдаются замедленность интеллектуальных процессов, трудности в восприятии и осмыслении, подыскивании

слов, формулировании мыслей. Имеют место явления амнестической афазии, обусловливающие олигофазию. В значительной степени утрачен запас общих сведений и школьных знаний. Новые сведения приобретаются с трудом. Психологическое исследование выявляет нарушения обобщения, абстракции, памяти (по методу аналогий, осмыслению серии последовательных картинок, запоминанию 10 слов). Посильные задания выполняются правильно, но очень медленно. Несмотря на желание учиться, аккуратность и старательность, освоение школьной программы невозможно. Это приводит к плохой успеваемости, к оставлению на второй год. Иногда при большем интеллектуальном снижении падает активность, снижаются интересы и работоспособность. Отмечается некоторая замедленность движений, выражающаяся в том, что больные не бегают, не проявляют порывистости и резкости в своих действиях и поступках. Редко возникающая у них обида чаще проявляется не гневом и агрессией, а плачем, слезами. При типичной эпилептической деградации, сочетающейся с описываемыми познавательными нарушениями, наблюдаются раздражительность, вязкость отрицательного аффекта, злопамятность, мстительность, аффективная взрывчатость. Кроме того, часто встречается умеренная слащавость в форме готовности сотрудничать с психологами, педагогами, врачами, подчеркнутой вежливости при общении с ними. Уменьшительные ласкательные названия предметов употребляют немногие. Имеются явления так называемой гиперсоциальности. Больные становятся борцами за правду, справедливость и порядок. Они ябедничают на других больных. Эгоцентризм проявляется в жадности, нежелании делиться своими гостинцами и игрушками, оберегании своих вещей от прикосновений к ним других ребят. Такое поведение часто приводит к ссорам и дракам.

При нетипичных изменениях психики может быть органическая грубая деменция, проявлявляющаяся утратой знаний, навыков, а иногда речи и способности себя обслужить, что нередко приводит к беспомощности и необходимости постоянного ухода. В части случаев слабоумие сочетается с психопатоподобным поведением, которое проявляется расторможенностью влечений (гиперсексуальностью, прожорливостью) и грубой агрессивностью. При этом одни дети злобны, угрюмы, другие эйфоричны, дурашливы.

У части детей отмечается нарушение критических способностей (чувства дистанции, такта, умения оценивать обстановку).

Грубые нарушения интеллекта отмечаются примерно у 1% больных.

Интеллектуальные нарушения, как правило, наблюдаются у детей, не поддающихся противоэпилептическому лечению. Развитию стойких психических расстройств способствуют раннее начало припадков, частые и продолжительные генерализованные судо-

рожные припадки, течение болезни с эпилептическими статусами, органические поражения ЦНС, предшествующие эпилепсии. Для развития психических нарушений имеют значение особенности развития эпилептического приступа и выхода из него. Если послеприпадочные расстройства сознания и настроения затягиваются, то течение эпилепсии в этих случаях оказывается злокачественным, приводя к тяжелым изменениям психики.

Девиантное поведение детей, страдающих эпилепсией, является отражением психического состояния больных и их взаимосвязи с окружающей средой. Поведение, с одной стороны, обусловлено доболезненными особенностями личности, эпилепсией, а с другой стороны — факторами социального окружения. Конфликты в семье, неправильное воспитание нередко приводят к девиантному поведению. По клиническим проявлениям девиантное поведение подразделяют на несколько форм: 1) психическую расторможенность; 2) психическую заторможенность; 3) контрастно изменяющееся поведение; 4) психопатоподобное поведение; 5) поведение, в котором доминируют упрямство и негативизм; 6) поведение с садистскими проявлениями и жестокостью; 7) поведение с агрессивными и разрушительными действиями; 8) аутоагрессивность.

У больных с психической расторможенностью отмечается раздражительность, возбужденность, непоседливость, чрезмерная подвижность. Их желания постоянно меняются, в связи с этим трудно понять, чего они хотят. Они капризны. Плач нередко сменяется возбуждением и агрессивностью. Больные злопамятны, мстительны, длительно не могут разрядить свои отрицательные аффекты. Расторможенность проявляется в речи и желаниях. На фоне органических изменений дефекты воспитания, проявляющиеся в исполнении прихотей больных, приводят к тому, что они не воспринимают запреты или их игнорируют. При наличии отставания в развитии такие больные не способны адекватно реагировать на поведение окружающих, управлять своим поведением. Будучи эгоцентричными, они не способны сопереживать, более того, стремятся причинить боль тем, с кем общаются. При наличии преходящих дисфорий наблюдаются аффективная напряженность, злобность, драчливость, издевательство над младшими и слабыми.

Психическая заторможенность характеризуется недостаточной активностью, робостью, безынициативностью, недостаточной самостоятельностью, неспособностью разрешать простейшие житейские задачи. Больные с трудом приспосабливаются к жизни. Даже при незначительном осложнении жизненной ситуации они могут оказаться беспомощными. Эта форма нарушенного поведения может быть связана, с одной стороны, с последствиями органического поражения головного мозга, вызвавшими инертность психических процессов, а с другой — с чрезмерной опекой,

подавлением инициативы ребенка, отстранением от домашних обязанностей под предлогом заболевания.

Контрастное поведение проявляется послушанием и хорошей успеваемостью в учебном заведении, правильным отношением к своему здоровью и лечению в больнице, а дома – трудным поведением, расторможенностью и деспотичностью.

Психопатизация личности связана с имеющимися у больных эпилепсией эгоизмом и эгоцентризмом, повышенными требованиями к окружающим, формированием повышенной самооценки, недостаточной требовательностью родителей. Психопатизация может проявляться террором близких, вымогательством денег и различных благ у родителей, бездумной тратой средств, беспечными развлечениями и разгульным поведением.

Негативистическое поведение, к сожалению, иногда проявляется в отношении к лечению. В этих случаях дети отказываются от прописываемого лечения, сами себе назначают то, что им при их завышенной самооценке кажется наиболее эффективным.

Аффективные расстройства. Дети, страдающие эпилепсией, отличаются чрезмерной эмоциональной насыщенностью, порой переходящей в постоянную аффективную напряженность. У них самые незначительные раздражители (просьба о помощи, неожиданная оценка, переключение на другую деятельность, шутка) могут стать причиной бурного эмоционального взрыва, негодования и даже агрессии. Аффективная напряженность препятствует приспособлению к жизни и общению с людьми. Интеллектуально благополучные подростки способны иногда даже длительное время сдерживать себя, скрывать свое закипающее раздражение, сохранять способность к труду и учебе. При снижении критики и интеллекта, не справляясь с теми или иными обязанностями или учебой, переоценивая свои возможности, дети и подростки требуют разрешения продолжать занятия, конфликтуют, легко аффектируются, доходят до грубостей и оскорблений.

Психозы при эпилепсии. Различные психические нарушения обнаруживаются более чем у 40% детей с припадками. Половина из этих нарушений – синдромы расстройства сознания (оглушение, сумеречные или сновидные состояния), еще почти у половины – эпизоды нарушений настроения (дисфории и очень редко эйфории) и у остальных (3,5%) – галлюцинаторные и бредовые состояния.

Эпилептический статус. Так называется возникновение припадков сериями, когда не происходит прояснения сознания и не восстанавливается ориентировка в промежутках между припадками.

Обычно после каждого припадка в течение краткого промежутка времени происходит восстановление ясности сознания, во

время которого продолжает сохраняться дезориентировка. В некоторых случаях, особенно после серии припадков, эпилептического статуса или при неблагоприятном течении эпилепсии, послеприпадочные состояния в форме расстроенного сознания затягиваются на десятки минут или нескольких часов. Эти послеприпадочные расстройства могут быть в форме оглушенности различных степеней глубины: сомноленции, сопора и крайне редко комы или сумеречных состояний. Реже эти эпилептические эквиваленты (приступы расстроенного сознания) возникают перед припадками или в интервале между ними.

Наряду с эпилептическими эквивалентами, возникающими остро и протекающими кратковременно, у больных эпилепсией наблюдаются психозы, которые продолжаются более длительный период времени.

Острая церебральная атаксия наблюдается в 1,4% случаев эпилепсии у детей после тяжелых и частых припадков, т. е. в 12,6% от всех эпилептических психических расстройств детского возраста. При этом возникают утрата произвольных движений, понимания речи, экспрессивной речи и всех навыков (самообслуживания, чтения, письма). Появляется двигательное беспокойство, двигательно-статическая атаксия. У большинства больных это расстройство завершается слабоумием. У остальных сохраняются остаточные явления в форме нарушений освоения навыков чтения, письма и счета.

Дисфорические психозы. Дисфорические состояния встречаются у 44,5% детей, страдающих эпилепсией. Дисфорические же психозы наблюдаются значительно реже – у 2,2% больных эпилепсией (почти 20% всех детских эпилептических психозов), большая часть которых имеет психомоторные припадки. Самим психозам, как правило, предшествуют частые дисфории, возникающие в промежутках между припадками. Для одних вариантов психозов характерны неприязненность, раздражительность, агрессивность. При других наблюдается возбудимость, расторможенность, дурашливость, претенциозность, экзальтация, бравада, эйфория. Третьим свойственны обидчивость, замкнутость, вялость, назойливость, подавленность, расстройства сна. Динамика психотических расстройств отличается сменой этих различных симптомов.

Затяжные сумеречные состояния. В отличие от взрослых у детей они встречаются редко (1,1%), т. е. в 10,2% всех эпилептических психозов детского возраста. Нередко возникают при утяжелении заболевания, вслед за кратковременными приступообразно протекающими сумеречными расстройствами сознания. Продолжительность этих психозов может быть несколько недель. Больные пассивны, на окружающее почти не реагируют, сопротивляются осмотру, не отзываются на имя, неопрятны, случается непро-

извольное выделение мочи и кала, совершают стереотипные действия.

Психозы с периодическим течением наблюдаются не чаще чем в 1% случаев эпилепсии у детей (8,3% всех детских эпилептических психозов). Клинические проявления этих расстройств – повторно наблюдающиеся депрессивные и маниакальные состояния.

Межпароксизмальные психические автоматизмы, или психические разновидности припадков в форме галлюцинаторных сценических переживаний, непроизвольных представлений или воспоминаний, вторгающихся в нормальное течение мыслей, также иногда наблюдаются у детей, больных эпилепсией.

Шизофреноподобные психозы (психозы, по своей клинической картине напоминающие шизофрению) отмечены более чем у 1% больных детей с эпилепсией, главным образом у имеющих психомоторные и генерализованные припадки. Это составляет 10% от всех детских эпилептических психозов. Наиболее часто встречаются параноидный, обсессивный, галлюцинаторно-параноидный и депрессивный синдромы, а также аутизм.

Функциональные наслоения при эпилепсии. Примерно у 20% детей, страдающих эпилепсией, наблюдаются невротические расстройства. С одной стороны, эпилепсия ослабляет психику и организм, уменьшает выносливость по отношению к трудностям жизни. С другой стороны, само заболевание тяжело переживается больными из-за ограничений в деятельности, сниженного социального статуса, непринятия их – главным образом в силу существующих предрассудков – окружающими взрослыми и детьми. К наиболее частым причинам психогенных расстройств у детей с эпилепсией следует отнести испуг в связи с нападением, издевательское отношение соучеников, переживание своих неудач в школе. На первом месте среди неврозов у больных эпилепсией – истерия, которая проявляется истерическими сумеречными состояниями, припадками, слепотой, астазией-абазией (неспособностью стоять, ходить), параличами, имитацией припадков, фантазированием и т. д.

ПАТОПСИХОЛОГИЯ ЭПИЛЕПСИИ

У больных повышен *инстинкт самосохранения,* все их внимание обращено на себя, на свое самочувствие, на свое благополучие, вследствие этого их поведение эгоистично. Они в этой связи стремятся к самоутверждению, а для утверждения своего «Я» им кажутся все средства хороши. Больные постоянно подчеркивают свои положительные качества, при этом умаляя достоинства и критикуя других. Они очень заземлены, практичны, никогда не

утрачивают связь с реальностью. В меру своих интеллектуальных способностей учитывают все обстоятельства, которые им важны и выгодны. Такие больные постоянно и много говорят о себе. Направленность на собственную личность даже самых сохранных интеллектуально приводит к стремлению делать все для себя и отказываться от любых общественных поручений.

Для этих больных характерна *замедленность*, заторможенность всех реакций, следствием этого оказывается устойчивый, напряженный, вязкий аффект с повышенной раздражительностью. Их инертность проявляется, в частности, в педантизме, привязанности к старым привычкам, неспособности отказаться от заведенного порядка, имеющихся вещей, а также в трудности перехода к чему-либо новому.

Неплохо понимая смысл *воспринятого*, больной передает содержание увиденного или услышанного медленно и очень застревает на деталях. При этом могут наблюдаться длительные паузы, объясняющиеся медленной приспособляемостью к заданию или возникновением малых припадков.

В промежутках между припадками у больных хорошая устойчивость *внимания*. Ее нарушения чаще всего связаны с нарушением настроения или появлением припадков. Однако серьезно нарушена переключаемость внимания. Больные с большим трудом отрываются от одной деятельности и переходят к другой. Для этого им необходим большой промежуток времени. Иногда, даже перейдя к другой деятельности, они все еще стремятся к ней вернуться. Инструкций экспериментатора оказывается недостаточно для того, чтобы остановить работу. Больной должен ее закончить. Только тогда он прервет свою деятельность.

Одно из частых нарушений при эпилепсии — нарушение *словесной памяти*. Больной не только не помнит задаваемых ему слов, но даже забывает о самом эксперименте, во время которого задача по запоминанию слов была поставлена. Страдает в первую очередь длительная память, поэтому после чтения книги больной забывает о содержании прочитанного. Особенно трудно запоминать отдельные слова, предложенные вне контекста. Зрительная память у больных сохраняется лучше. В ассоциативном эксперименте почти все реакции сопровождаются наглядными образами. У больных с частыми припадками процесс запоминания колеблется в связи с состоянием больного. Нарушение словесного отвлеченного мышления зависит от расстройств памяти и речи.

Наиболее частые *речевые расстройства* — олигофазии, при которых больной не может назвать самый обычный предмет, не может найти нужное слово для выражения мысли. Нередко употребляются слова с наибольшим количеством слогов: уменьшительные слова (рученька, карандашик), деепричастия (заглядевшись, работавши). Когда больным не хватает слов, они нередко используют

для выражения мыслей жесты. Больные не могут рассказывать своими словами прочитанный текст из-за расстройств памяти и речи.

Для них затруднителен процесс логического *мышления* при нахождении сходства в предметах. Бо́льшую продуктивность они проявляют при работе с конкретным материалом. Процесс обобщения у них серьезно нарушен. Это особенно хорошо видно при попытках произвести классификацию картинок. Обстоятельность, склонность к повторению, застреваемости и персеверациям, невозможность кратких формулировок, затруднения в обобщении возникают на фоне общих изменений личности больных. Ассоциативный процесс в связи с бедностью лексикона и нарушениями мышления очень однообразен.

Воображение больных очень бедное. Они плохо угадывают объекты в незаконченных рисунках. Не способны создать рассказ на заданную тему. Помехой оказываются тугоподвижность психики, снижение памяти и эмоциональная тупость.

Эмоционально-волевая сфера. Больные эпилепсией тяжело переживают свою болезнь, стыдятся ее, очень чувствительны, ранимы, страдают чувством своей неполноценности и стремятся к компенсации. Они не выносят порицаний, от неудач становятся нетерпеливыми, сердитыми, раздражительными, причем этот напряженный аффект сохраняется длительное время. Больные никогда не оставляют обиды не отомщенными. Другие – менее аффективны, менее раздражительны, но вязкие, персеверирующие, с отсутствием переключаемости и инициативы. Они почтительны к взрослым, однако долго помнят даже мелкую обиду и способны отомстить исподтишка. Обычно они ни с кем не дружат. Дети младшего возраста отличаются двигательным беспокойством и неустойчивостью, резкими аффективными вспышками. Они легко переходят от злобности, грубости к ласковости.

У части больных отмечается большая активность, целенаправленность, хорошая работоспособность. Они трудятся тщательно, аккуратно, с большим чувством долга и ответственности, доводят свою работу до завершения. Чем больше они встречают и преодолевают препятствий, тем становятся стеничнее и могут стать даже агрессивными.

Этиология и патогенез эпилепсии. В происхождении эпилепсии могут участвовать разные причины. Среди них нарушения обмена, травмы головы, энцефалиты, последствия общих инфекционных заболеваний, родовые травмы и др. Однако, как полагают, основную роль играют наследственные факторы. Известно, в частности, несколько хромосом (6-я и 20-я), ответственных за некоторые (миоклоническую, одну из младенческих) формы припадочной болезни. При эпилептической болезни выявляются диффузное, мелкоочаговое или локальное поражение ЦНС, которые

могут играть важную роль в этиологии заболевания. Для возникновения судорожной готовности необходимо предрасположение, а для развития припадка требуется провокация. Риск заболевания эпилепсией, если один из родителей страдает этим заболеванием, составляет от 2 до 8%, т. е. в 10 раз выше, чем у детей, имеющих здоровых детей, что подтверждает наследственную предрасположенность к этому заболеванию.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Коррекция изменений психики при эпилепсии у детей проводится в зависимости от формы нарушений, степени их выраженности и возраста больных. Она должна быть комплексной и учитывать медикаментозное лечение. Необходимо создать благоприятную микросоциальную среду и при необходимости включать психотерапию.

Воспитание детей с эпилепсией следует начинать с создания благоприятного психологического климата в семье. Родители, обнаружившие у своего ребенка припадки, испытывают самые разнообразные чувства: от печали и сострадания к ребенку до страха за его здоровье, от сомнений в собственных силах до переживаний того, что они сами во всем виноваты. Распознав действительно мучающие родителей тревоги или сомнения, следует постараться вселить надежду на благоприятное течение событий, при котором ребенок, несмотря на своё заболевание, будет правильно развиваться. При этом придется подчеркнуть, что чем эффективнее будет забота родителей и правильнее выполнение предписаний врачей и советов психологов (педагогов), тем на более оптимистичный прогноз можно будет рассчитывать. При работе с близкими для ребенка людьми очень важно знать особенности этиологии и клинической картины его заболевания. Так, например, если в семье больного имеются случаи эпилепсии, то весьма уместно проинформировать родителей о том, что «наследственная эпилепсия» протекает благоприятно. В то же время необходимо рекомендовать остерегаться чрезмерной опеки ребенка. Он не должен постоянно слышать от родителей о своих немощности, хрупкости и слабости. Родители также не должны рассматривать любые отклонения в поведении как признак эпилепсии и в связи с этим оправдывать ребенка. В противном случае у ребенка возникнет ипохондрическая фиксация на своей болезни с утратой инициативы, низкой самооценкой и неспособностью преодолеть даже минимальные житейские и школьные трудности. Это не означает, что родители не

будут требовать соблюдения от больного рекомендованного специалистами режима сна, отдыха, питания. Однако чрезмерные ограничения в физических упражнениях, свободе проведения досуга могут из-за появляющихся у ребенка обид и огорчений оказаться лишь причиной утяжеления психического состояния.

Ребенку необходимо рассказать о существующей у него болезни, чтобы по мере взросления он мог бы принимать участие в преодолении своего недуга. Если родители не поставят ребенка в известность о состоянии его здоровья, то он, случайно узнав о своей болезни, будет считать ее неприличной и станет ее стыдиться. В связи с этим он не сможет в критических ситуациях воспользоваться должным образом необходимой ему за пределами семьи поддержкой. Ознакомив ребенка с имеющейся у него болезнью, следует постараться предупредить возникновение страхов будущих неудач и насмешек, развеять опасения относительно возможного неблагоприятного исхода припадков.

Ребенок должен существовать в понимающем и поддерживающем его окружении. Придется проинформировать всех тех, с кем соприкасается ребенок (родственников, соседей, воспитателей, учителей), о его недуге и сообщить о минимальных мерах, необходимых для его безопасности во время припадка. В то же время и в школе, и в лагере больной не должен быть лишен свободы инициативы, возможного экспериментирования, а также физических нагрузок. Желательно, чтобы ребенок никогда не оставался без присмотра, однако это не должно означать ограничений во всем, что он захочет сделать.

Организация жизни больного ребенка должна строиться в зависимости от частоты припадков. С тем чтобы уменьшить их число, следует пытаться предупреждать возможность их возникновения. Изучив возможные провоцирующие факторы: заболевания, изменения в состоянии внутренних органов, нарушения питания, тип стрессов, особенности метеорологических условий, фазы луны, геомагнитные колебания и др., придется по мере возможности ослаблять их действие или защищать от них. Наиболее действенным профилактическим фактором является хорошее расположение духа больного. Изжитые страхи, тревоги, предупреждение возможных испугов — вот путь к повышению настроения, а вместе с ним к нейтрализации действия факторов, провоцирующих эпилептические приступы. Стабилизирует аффективную жизнь больных их успешное участие в жизни учебного учреждения, высоко оцениваемая учителями хорошая успеваемость, ободряемая родителями работа по дому.

Воспитание больных время от времени дополняется психотерапией. Последняя может вводиться в практику не только при функциональных наслоениях, но и при неосложненных формах

эпилепсии с различными целями. Одной из целей может стать преодоление пессимистического отношения к своему заболеванию из-за различных ограничений, стыдливого отношения к болезни, чувства неполноценности. Другим случаем применения психотерапевтического вмешательства может стать необходимость коррекции невротических наслоений или поведенческих нарушений.

Индивидуальная рациональная психотерапия, например, рекомендуется для помощи при разрешении конкретных проблем, которые могут возникнуть у больного. При неприятии ребенка сверстниками приходится анализировать те стороны поведения, которые вызывают особенно отрицательное отношение к нему со стороны тех, с кем он общается. Следует также сориентировать на правильные реакции в трудных ситуациях, противодействовать возникновению озлобленности, мстительности, научить не обижаться на людей, подвергающих насмешкам.

Групповая психотерапия моделирует значимые для детей ситуации, что позволяет им уменьшить накопившееся эмоциональное напряжение, приобрести опыт разумного решения наиболее часто встречающихся конфликтов и общения в благожелательном окружении. Особенность терапии определяется не только возникшими у больного трудностями, но и своеобразием клинических проявлений его заболевания.

Семейная психотерапия может преследовать разные цели. Посредством семейной психотерапии можно исправлять сложившееся неправильное распределение ролей, нарушение коммуникации между членами семьи, непонимание целей и задач семьи членами семьи.

[?] Тест для самостоятельной работы

1. Эпилептическая реакция — это:

а) реакция организма в форме эпилептического припадка, возникающая в ответ на воздействие вредного экзогенного фактора;
б) припадок, наблюдающийся при очаговых поражениях мозга;
в) любой судорожный припадок.

2. Эпилептический синдром — это:

а) реакция организма в форме эпилептического припадка, возникающая в ответ на воздействие вредного экзогенного фактора;
б) припадок, наблюдающийся при очаговых поражениях мозга;
в) заболевание, проявляющееся пароксизмальными нарушениями сознания в типичных случаях с судорогами, а также преходящими и стойкими нарушениями психики.

3. *Эпилепсия — это:*
   а) *припадок, наблюдающийся при очаговых поражениях мозга;*
   б) *заболевание, проявляющееся пароксизмальными нарушениями сознания в типичных случаях с судорогами, а также преходящими и стойкими нарушениями психики;*
   в) *любые судорожные проявления, наблюдающиеся у больных.*

4. *Этиология эпилепсии — это:*
   а) *последствия травматических повреждений головного мозга;*
   б) *последствия воспалительных заболеваний головного мозга;*
   в) *действие различных вредностей в сочетании с наследственной предрасположенностью.*

5. *Малые припадки — это:*
   а) *кратковременные (1—15 с) выключения сознания без сопутствующих симптомов или с легкими судорожными явлениями;*
   б) *любые бессудорожные припадки;*
   в) *приступы, ограничивающиеся тоническими или клоническими судорогами.*

6. *Большие припадки — это:*
   а) *приступы, проявляющиеся тоническими судорогами и клоническими судорогами;*
   б) *любые припадки, сопровождающиеся расстройством сознания;*
   в) *приступы общего вздрагивания (толчки), иногда со стремительным броском вперед или назад.*

7. *Абортивные припадки — это:*
   а) *приступы, ограничивающиеся тоническими или клоническими судорогами;*
   б) *кратковременные (1—15 с) выключения сознания без сопутствующих симптомов или с легкими судорожными явлениями;*
   в) *абсансы, сочетающиеся с ритмическими движениями глаз, головы и иногда с разгибанием туловища и одновременным поднятием рук.*

8. *Миоклонические припадки — это:*
   а) *припадки с потерей сознания, внезапным ослаблением постурального мышечного тонуса и движением вперед;*
   б) *приступы общего вздрагивания (толчки), иногда со стремительным броском вперед или назад;*
   в) *абсансы, сочетающиеся с ритмическими движениями глаз, головы и иногда с разгибанием туловища и одновременным поднятием рук.*

9. *Пропульсивные припадки — это:*
   а) *припадки с потерей сознания, внезапным ослаблением постурального мышечного тонуса и движением вперед;*
   б) *парциальные припадки, начинающиеся локально и не сопровождающиеся утратой сознания;*
   в) *приступы общего вздрагивания (толчки), иногда со стремительным броском вперед или назад.*

10. Ретропульсивные припадки — это:
а) абсансы, сочетающиеся с ритмическими движениями глаз, головы и иногда с разгибанием туловища и одновременным поднятием рук;
б) любые малые припадки;
в) припадки без потери сознания и с наклоном туловища назад.

11. Фокальные приступы — это:
а) парциальные припадки, начинающиеся локально и не сопровождающиеся утратой сознания;
б) приступы, ограничивающиеся тоническими или клоническими судорогами;
в) кратковременные (1—15 с) выключения сознания без сопутствующих симптомов или с легкими судорожными явлениями.

12. Аффективные расстройства при эпилепсии — это:
а) слабодушие, эмоциональная лабильность;
б) эмоциональная напряженность после припадков и между ними, при которой незначительные раздражители могут стать причиной аффективного взрыва и агрессии;
в) депрессия.

13. Расстройства сознания (эквиваленты), характерные для эпилепсии,— это:
а) аментивная спутанность;
б) возникающие после припадков или между ними сумеречные состояния с двигательным возбуждением, стереотипными действиями и галлюцинациями;
в) кома.

14. Интеллектуальные нарушения при эпилепсии — это:
а) умственная отсталость;
б) замедленность, обстоятельность, ригидность интеллектуальных процессов, трудности в выборе альтернатив, склонность к детализации;
в) задержка психического развития.

15. Типичные изменения личности при эпилепсии — это:
а) церебрастения;
б) угодливость и слащавость, с одной стороны, и злобность, мстительность — с другой, усердие, педантизм и жестокая борьба за правду и порядок;
в) истероидные изменения личности.

16. Функциональные наслоения при эпилепсии — это:
а) психогенные (невротические) расстройства у больных в связи с переживанием своего заболевания и связанных с ним трудностей в жизни;
б) неврологическая симптоматика, сопутствующая заболеванию;
в) психозы.

17. Эпилептический статус — это:
а) серия припадков;
б) возникновение припадков сериями, когда не происходит прояснения сознания и не восстанавливается ориентировка в промежутках между припадками;
в) разнообразие припадков у одного больного.

🕮 *Рекомендуемая литература*

Абрамович Г. Б., Харитонов Р. А. Эпилептические психозы у детей и подростков.— Л.: Медицина, 1979.

Болдырев А. И. Эпилепсия у детей и подростков.— М.: Медицина, 1990.

Каубиш В. К. Личность и поведение детей, больных эпилепсией.— Ташкент: Медицина УзССР, 1988.

Кононова М. П. Эпилепсия/ Детская патопсихология. Хрестоматия.— М.: Когито-Центр, 2000.— С. 128–148.

Коровин А. М. Судорожные состояния у детей.— Л.: Медицина, 1984.

Мнухин С. С. Опыт клинико-физиологической классификации у детей/ Ж. невр. псих.— 1959.— № 7.— С. 821–827.

Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста/ Под ред. С. Ю. Циркина.— СПб.: Питер, 1999.

Фенвик П., Фенвик Э. Как жить с эпилепсией.— СПб.: Лань, 1997.

Глава 22
ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА (острые кратковременные психогенные реакции)

АФФЕКТИВНО-ШОКОВЫЕ РЕАКЦИИ

В соответствии с современной терминологией (по МКБ-10 и ее рубрикам: F43.0 и F93) эти расстройства называются острыми реакциями на стресс. Выделяют психогенные реакции этого типа «исключительно на основании сильного жизненного стрессового события, вызывающего острую стрессовую реакцию». В этих случаях у подростков и детей, без видимых психических нарушений, в ответ на сильный стресс возникают преходящие расстройства значительной тяжести. Обычно эти расстройства завершаются в течение часов или дней. Как правило, в этих случаях сильное травматическое событие угрожает жизни, т. е. безопасности или физической целостности индивида или эмоционально значимой фигуре. Стрессом может быть переживание землетрясения, наводнения, пожара, автокатастрофы, нападения злоумышленника. В настоящее время такие реакции нередко наблюдаются не только при стихийных бедствиях, но и при массовых катастрофах и военных ситуациях. Психопатологические расстройства в этих экстремальных ситуациях имеют много общего с симптоматикой, возникающей при обычных условиях, когда стресс переживается одним пострадавшим [Александровский Ю. А. и др., 1991]. Отличия же заключаются в том, что вследствие множественности внезапно действующих факторов происходит одномоментное возникновение психических расстройств у большого числа людей. Клиническая картина оказывается более тяжелой и разнообразной. При этом большую роль играют факторы обстановки и смысловое содержание психической травмы. В то же время происшедшее не актуально для личности и не связано с особенностями личности до болезни. Риск развития расстройства увеличивается при физическом истощении или наличии остаточных явлений после органического поражения ЦНС.

Гиперкинетический вариант аффективно-шоковой реакции (шоковая реакция возбуждения, «двигательная буря») развивается остро. У подростка или ребенка эмоциональный накал сильнейшей тревоги, достигающий панического состояния, приводит к оглушению или сужению сознанию (сумеречному состоянию).

Потрясенный происходящим, он становится дезориентированным, не узнает близких ему лиц, не понимает окружающего и не реагирует на обращение к нему. Он также не способен замечать холод, жару и другие встречающиеся трудности. Под влиянием страха он внезапно становится суетливым, его действия утрачивают целесообразность. Он мечется, беспорядочно жестикулирует, хватает первые попавшие под руки предметы. При этом стереотипно повторяет: «Что делать? Что делать?», стонет, причитает, плачет. При утомлении возбуждение может временами сменяться успокоением, которое вскоре снова переходит в хаотическое беспокойство. Иногда двигательная расторможенность проявляется стремлением куда-то бежать, прятаться, укрываться. Однако эта активность бесцельна, она не способна защитить в опасной ситуации.

Ступорозный вариант аффективно-шоковой реакции (психогенный ступор, состояние «мнимой смерти») возникает по тому же механизму, что и при первом варианте. В отличие от него панический страх и сумеречное состояние сопровождаются обездвиженностью, оцепенением и полным или частичным мутизмом. Чаще это состояние непродолжительно, но оно может затянуться на несколько недель.

Разновидностью психогенного ступора может быть **реакция отказа**. Она возникает в ответ на тяжелый стресс и проявляется снижением активности, отказом от пищи, отказом от речи, безразличием ко всему, утратой интереса и отсутствием реакций на происходящее вокруг.

Психогенные сумеречные состояния сознания характеризуются сужением объема сознания, автоматическими формами поведения, двигательным беспокойством и реже заторможенностью. Могут быть также галлюцинации и бредовые высказывания. Продолжительность этих состояний не более часов или суток.

Острый психоз страха характеризуется преобладанием в клинической картине реакции ребенка на тяжелые психотравмирующие обстоятельства интенсивных переживаний страха, ужаса, сочетающихся с аффективным сужением сознания, соматовегетативными расстройствами и двигательным беспокойством. Страх достигает такой силы, что расстраивает мыслительные способности ребенка, делает его не способным руководить своим поведением. Продолжительность психоза – от нескольких часов до нескольких дней. При отягчающих обстоятельствах (патологическая почва, особенности личности) он может затянуться или рецидивировать.

Острая аффективная реакция («реакция короткого замыкания») – это самый короткий ответ на очень трудную ситуацию, продолжающийся от нескольких минут до нескольких часов и завершающийся выраженной астенией. При ней также возникает отчаяние и безысходность или злоба и ненависть, сочетающиеся со

страхом за свою жизнь или за жизнь близких людей, и сопровождающиеся аффективным сужением сознания. Характер развития эмоционального разряда определяется степенью взрывчатости, сенситивности или тормозимости аффективных проявлений личности. В большинстве случаев эта реакция появляется у детей и подростков, перенесших в прошлом органическое поражение центральной нервной системы или находящихся в астеническом состоянии.

Под влиянием тяжелой психотравмирующей ситуации у детей одновременно с психическими расстройствами появляются разнообразные соматические нарушения. Они связаны с возникновением расстройств вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы, что чаще встречается у старших детей, или с расстройствами регуляции желудочно-кишечного тракта, что более характерно для младших детей. Поэтому у детей нередко отмечаются повышение температуры тела, тошнота, рвота, головная боль, головокружение, тахикардия, обильная потливость, непроизвольное выделение мочи, кала, ознобоподобный тремор и другие соматовегетативные расстройства.

Эти аффективно-шоковые реакции являются острыми психогенными психозами. Их возникновение связано с меньшей выносливостью детей к острым, внезапным, тяжелым психическим травмам. Причиной шоковых реакций, например, у дошкольников, особенно при отягощенном преморбиде, могут быть даже незначительные (с точки зрения взрослых) стрессы: нападение злонамеренных взрослых, неожиданное столкновение с животным, внезапная и резкая перемена обстановки (госпитализация).

Течение острых психогенных реакций проходит обычно две фазы. Во время первой фазы преобладают явления эмоционального напряжения. Во время второй фазы, если после первой не наступает выздоровление, обнаруживаются явления угнетения со снижением психической и физической работоспособности, падением настроения, подозрительностью и сенситивными идеями отношения. В этом периоде возможно появление психопатоподобного поведения и изменений личности с формированием чувства собственной неполноценности [Гурьева В. А.,1996].

ОСТРЫЕ ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ
(острые истерические реакции)

Острые истерические реакции возникают чаще у подростков в связи с угрозой потерять социальный статус. Это могут быть подростки, привлеченные к уголовной ответственности и находящиеся в местах предварительного заключения, или подростки, опозорив-

шиеся своим аморальным поведением, будучи пойманными в момент прелюбодеяния.

У них на фоне острого страха может появиться **ганзеровский синдром,** вариант истерического сумеречного состояния. В этом случае на фоне сужения сознания отмечается симптом «миморечи» – неправильные ответы на задаваемые больному вопросы. Кроме того, могут также наблюдаться симптом «мимодействия» – невозможность выполнения простейших инструкций, истерические расстройства чувствительности и иногда зрительные галлюцинации. Ганзеровский синдром обычно возникает как «ажитированный» на фоне речедвигательного возбуждения, расторможенности, иногда после бредоподобных фантазий. Этот психоз длится несколько дней и завершается полной амнезией.

В ряде случаев синдром Ганзера может смениться явлениями **псевдодеменции** (ложного, кажущегося слабоумия). Последняя характеризуется «нарочито» неправильными действиями (например, зажигает спичку обратным концом), нелепых ошибках при решении простейших задач (прибавляя 2 к 3, получает 6), потере элементарных знаний (не помнит места, где родился). Как неправильные ответы, так и неправильные действия все же отражают известную сохранность представлений о назначении предмета. Неправильный ответ больного родственен правильному – он или прямо противоположен правильному, или сходен с ним, или является ответом на предыдущий вопрос. В содержании ответа всегда можно уловить связь с травмирующей ситуацией. Все ответы при псевдодеменции сходны, их можно заранее угадать [Фелинская Н. И., 1968]. Острая псевдодеменция может быть этапом течения реактивного состояния на фоне депрессии и заторможенности. При этом больной отвечает: «Не знаю, не помню», повторяет одни и те же слова, цифры, имеющие отношения к травмирующей обстановке, не может запомнить имен медицинского персонала, соседей по палате. При попытках выполнить письменное задание пропускает буквы, совершает грубые грамматические ошибки.

Синдром пуэрилизма – кратковременный истерический психоз, проявляющийся сужением сознания, детсковатым поведением и соответствующими высказываниями. Механизм появления этих состояний объясняют психогенным регрессом «на стадию детства». Самыми характерными для этого расстройства являются детская речь, детская мимика и движения, детские эмоции. Больные подростки произносят слова с детскими интонациями, высоким голосом, строят упрощенные фразы, так как это делают младшие дошкольники. Ко всем взрослым обращаются на «ты», называют их «дядями» и «тетями». Они трогают все предметы, попадающиеся на глаза, хватают все яркое, блестящее, прячут в карманах и личных вещах. Преобладающая самостоятельная активность больных – игра, они сами делают игрушки из бумаги, спичечных

коробков, с ними играют, изображая голосом звуки, издаваемые локомотивами, автомашинами, трамваями. Они капризничают, как дети, обижаются, надувают губы, топают ногами.

Это кратковременное расстройство обычно быстро завершается полным восстановлением здоровья, однако в некоторых случаях его сменяет другой реактивный синдром.

Лечение. При острых реактивных психотических расстройствах полезны «поведенческие» нейролептики: хлорпротиксен, сонапакс, неулептил в комбинации с «седирующими» антидепрессантами: амитриптилином, анафранилом, герфоналом, коаксилом и при необходимости тизерцин и реланиум (парентерально). При преобладании невротических симптомов назначают транквилизаторы: ксанакс, феназепам и «мягкие» антидепрессанты: азафен, пиразидол, а также ноотропы.

А., 16 лет. Поступила в больницу в связи с неправильным поведением. Родилась в сельской местности от здоровых родителей. Росла и развивалась без отклонений. Тяжелых заболеваний не переносила. В школе с 7 лет. Училась неохотно, получала преимущественно удовлетворительные отметки. Девочка общительная, имеет много подруг, однако часто бывает грубой. Читает мало, духовный мир бедный. В течение последнего года пристрастилась к курению, изредка выпивает. Менструации с 12 лет, цикл регулярный. За полгода до поступления, впервые начав половую жизнь, имела несколько случайных связей. Несколько месяцев тому назад бросила школу, приехала в город, поступила в качестве рабочей на ткацкую фабрику. Поселилась в общежитии.

За сутки до госпитализации была застигнута комендантом общежития в постели с молодым человеком во время полового акта. Созвав девушек из других комнат, комендант представила больную перед собравшимися людьми в обнаженном виде. Работницы смеялись над ней и осуждали за безнравственное поведение. С этого момента перестала отвечать на вопросы, ни к кому не обращалась. Перестала с кем бы то ни было разговаривать. Той же ночью несколько раз совершала действия, которые соседками были поняты как стремление к самоубийству. Была в связи с этим помещена в больницу.

В отделении в течение первых 4 суток была недоступна контакту. Подолгу сидела в одной и той же позе, устремив свой взгляд куда-то вниз. Пищу принимала из рук персонала, только если ее принуждали к этому. Пассивно подчинялась приказаниям, но на вопросы не отвечала. Нельзя было понять, ориентирована ли она в обстановке и окружающих ее лицах. Все попытки медикаментозного растормоужения ни к чему не привели. Только к концу 4-го дня, когда пришла подружка, начала немного разговаривать. После этого контакт стал восстанавливаться. Рассказала, что не отвечала, так как трудно было говорить, да и не хотелось отвечать. Было очень плохое настроение. Однако стало очевидно, что больная далеко не все может вспомнить из того периода, когда была скованной.

После выхода из кратковременного ступора никакой психопатологической симптоматики не было. Больная — личность, не отличаю-

щаяся содержательностью. Свое поведение расценила как предосудительное. Все же отметила: «А где же я буду с Андрюшей встречаться, я ведь в общежитии живу?» Перед выпиской планировала продолжать работать. Однако сказала о том, что стесняется показаться на глаза свидетелям ее позора.

Здесь приведена краткая история болезни девушки. У нее после душевного потрясения, заключавшегося в переживании позора из-за того, что ее застали во время полового акта, возникла острая реакция. Эта реакция, продолжавшаяся 4 дня, выразилась в полной обездвиженности и мутизме. О наличии измененного сознания можно сделать заключение по амнезии переживаний, имевших место в первые дни острой реакции. Аффект, последовавший за вмешательством в интимную жизнь девушки, был настолько силен, что привел к сужению сознания и двигательной заторможенности. Диагноз: острая психогенная реакция в форме психогенного ступора. Из-за того, что переживания у этой больной были не очень глубокими, продолжительность острого психоза была короткой и не потребовала серьезного лечения.

ПОДОСТРЫЕ ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА (реактивные состояния)

Эти расстройства возникают в ответ на трудные жизненные обстоятельства, обычно лишенные остроты, внезапности и массивности, но, как правило, длительно продолжающиеся. Именно поэтому в этих случаях нет такого интенсивного действия на психику, которое ее временно как бы выключало, защищая от разрушения.

В самом раннем возрасте патогенной может оказаться лишь ситуация, угрожающая инстинктивной жизни ребенка, оставляя его потребности в питании или общении неудовлетворенными. В дошкольном возрасте причиной реактивного состояния могут стать более сложные переживания, связанные с познанием взаимоотношений близких людей (ссоры в семье, развод родителей, появление в семье мачехи или отчима, утрата эмоционально значимой фигуры). У старших детей уже чаще в основе конфликта, приведшего к реактивному состоянию, лежит неудовлетворенность собой, своим положением в семье, разочарование из-за своих неудач или неуспехов в школе. Неправильное воспитание также может быть причиной психогенных реакций. Отсутствие ласки, постоянные запреты и наказания создают серьезное эмоциональное напряжение у детей, и у них чаще, чем у других детей, возникают психогенные реакции. Соматические заболевания повышают готовность к психогенным расстройствам у детей в большей мере, чем у взрослых.

РЕАКТИВНЫЕ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Интерес к детским депрессиям возник относительно недавно, что объясняется представлениями о детях как о существах изначально от природы счастливых, жизнерадостных, неспособных глубоко и продолжительно переживать свои трудности. Распознаванию детской депрессии мешает также ее своеобразие. В связи с этим замкнутость детей, которая может сочетаться со сниженным настроением, нередко воспринимается как депрессивное расстройство, и наоборот, детская депрессия ошибочно оценивается как замкнутость. Клиническая картина депрессии смазывается особенностями личности ребенка, связанными с его развитием, семейными влияниями, культурой и интеллектуальным развитием. Трудность также и в том, что депрессия может быть одним из симптомов, комплексом переживаний, синдромом или самостоятельной болезнью. Нередко диагностике печали у детей мешает неосознанное стремление родителей не замечать ее, чтобы избежать огорчений усугубления вины, которую они чувствуют из-за неправильного или невнимательного отношения к своим детям. В течение длительного времени врачи и психологи были уверены, что из-за несовершенства детской психики у детей не может быть депрессии. Психоаналитики ставили это в зависимость от недоразвития «суперэго», показателем которого и является депрессия. Кроме того, невозможность возникновения депрессии они объясняли отсутствием до подросткового возраста устойчивого представления о собственном «Я». Другие специалисты в противоположность этому допускают, что у детей может развиться депрессия, однако не в форме, тождественной таковой у взрослых, а в виде симптомов, относящихся к депрессивным проявлениям. Ребенок, утратив имевшееся благополучие, может переживать чувство беспомощности и пассивного смирения вместо выраженных проявлений депрессии от плохого обращения или из-за утраты объекта любви. Депрессивные чувства у детей маскируются симптомами, как будто не относящимися к ним. Сниженное настроение у них не может сохраняться долго, так как они не способны длительно выносить печальные чувства. Существует также предположение, что проявления детской депрессии могут быть преходящими отклонениями в развитии. Это мнение основано на распространенности у здоровых детей симптомов сниженного настроения. Против этого взгляда говорит то, что эти симптомы не являются стойкими и не нарушают адаптацию. Детская депрессия рассматривается как разновидность соответствующего расстройства взрослых. Основание такого подхода – генетические, биохимические и физиологические характеристики депрессии.

Реактивная депрессия проявляется печальным видом,

жалобами на переживания грусти, легким появлением слез, сниженным настроением, стремлением к одиночеству, безнадежностью, пессимизмом, утратой интересов и удовольствия, снижением энергичности, приводящей к повышенной утомляемости и падению активности. Наряду с этим обычно появляются мысли виновности и уничижения (с ипохондрическим и суицидальным содержанием или без него).

Распространенность. Оценка распространенности депрессии у детей зависит от особенностей популяции, возраста, принятой дефиниции депрессии, типа использованного метода выявления и способности информантов дать отчет о своем состоянии. J. H. Kashani (1984), обследовав 955 детей 9-летнего возраста, обнаружил у 1,8% «большие депрессии» и еще у 2,5% – «малые депрессии». У дошкольников выявлено больше страдающих депрессией (2% – с большой депрессией и 7% – с малой депрессией). Из детей и подростков с длительной депрессией средней тяжести более 75% составили школьники, а из них около половины – подростки 11–14 лет. Среди них 1/3 были мальчики и 3/4 – девочки. Среди амбулаторных психических больных детей 1% с депрессивными расстройствами. 82% пациентов страдают невротической депрессией, 8% – эндогенной, 3% – анаклитической и у двух больных диагностирован маниакально-депрессивный психоз. Среди психически больных подростков 25–30% имеют депрессивные проявления. Депрессия выявлена у 45% учащихся ПТУ и у 7% учеников средних школ, а среди подростков, состоящих на учете в ПНД, – 8,5%. [Сосюкало О. Д. и др., 1988]. Отмечается частое сочетание депрессии с другими психическими расстройствами. Дети, поступающие в соматические отделения, нередко обнаруживают сниженное настроение и соответствующее поведение. Из 100 соматических больных детей (7–12 лет) у 11 обнаружены депрессивные проявления. У многих депрессивных детей имеются соматические симптомы, большая часть из них – расстройство желудочно-кишечного тракта.

Клинические проявления. Детская депрессия не специфическое заболевание, а синдром, входящий в состав той или иной болезни. Как правило, наличие расстроенного настроения в течение значительного времени (более 2 недель) и отдельные проявления уничижительных мыслей достаточны для диагноза депрессивного расстройства. У детей чаще вместо типичных симптомов сниженного настроения наблюдаются такие проявления (эквиваленты), в основе которых лежат аффективные расстройства. Диапазон взглядов на депрессию у детей охватывает, с одной стороны, отрицание депрессии как таковой, с другой – указания на высокую распространенность депрессий даже у нормальных детей. C. P. Malmquist

(1975) считает, что *депрессивная симптоматика встречается в рамках следующих расстройств.*

1. В ассоциации с органическим заболеванием:
   а) симптоматика – часть патологического процесса;
   б) вторичная (реактивная) симптоматика по отношению к органическим проявлениям.
2. Депривационные синдромы, связанные с эмоционально обедненной средой:
   а) анаклитическая депрессия;
   б) лишенный эмоциональности тип характера.
3. Синдромы, связанные с трудностями формирования индивидуальности:
   а) проблемы отрыва от семьи — индивидуализация;
   б) школьные фобии с депрессивным компонентом.
4. Латентные типы:
   а) связанные с потерей значимого для больного объекта;
   б) неспособность принять недостижимые идеи;
   в) депрессивные эквиваленты (с депрессивным или без депрессивного аффекта);
   г) маниакально-депрессивный психоз;
   д) безмотивные типы характера (общая ангедония);
   е) обсессивный характер (компенсированная депрессия).
5. Подростковые типы:
   а) расстройство настроения;
   б) реактивные состояния;
   в) шизофреническая депрессия;
   г) депрессия.

В детские невротические расстройства настроения включают острые, хронические и маскированные депрессии. Эти расстройства настроения понимаются как проявления депрессивного аффекта большой продолжительности, ассоциирующегося с ухудшением личностного, социального и соматического функционирования. В более тяжелых случаях отмечаются отставание развития, чувство отчаяния и суицидальные мысли. При маниакально-депрессивном психозе расстройства аффективности наиболее стойкие и сочетаются с нарушениями поведения. Депрессия при этом может быть явной или обнаруживаться лишь с помощью прожективных методик либо в форме фантазий. Редко депрессии детей имеют более полное сходство с такими же расстройствами у взрослых. Маскированные и хронические разновидности отличаются от невротических реакций продолжительностью, интенсивностью, упорством и развитием клинической картины, так же как и более продолжительными личностными изменениями. Депрессии развиваются следующим образом: еще до манифестации расстроенного настроения в переживаниях больных уже появляются депрессив-

ные темы. Если психологическая защита в форме фантазий не справляется, не разрешаются трудности, приведшие к переживаниям, то появляется словесное их отображение. Если не срабатывает и второй уровень защиты, то депрессия проявится соответствующим настроением и поведением. Однако вряд ли это объяснение универсально.

Выделяют три подтипа депрессии: первый подтип, чаще наблюдающийся у 6—8-летних детей, он связан главным образом с аффективностью, при нем наблюдаются печаль, плач, беспомощность, безнадежность, погруженность в свои переживания в связи с потерянностью, отрывом и воспитанием. Второй подтип — у 8—12-летних школьников, он отличается низкой самооценкой, отрицательно воспринимаемым другими высокомерием, страхом быть использованным и предположением продолжающихся неудач или несчастий. Реже встречается третий подтип (у детей старше 10 лет), характеризующийся чрезмерным чувством вины, карающей самооценкой, пассивными и активными мыслями о самоповреждениях и желании возвращения утраченного. С возрастом меняется не только подтип, но и увеличивается число симптомов. У детей чаще депрессии проявляются фантазиями (в мечтах, рисунках, спонтанных играх), реже и менее отчетливо в словесном выражении, и еще реже они выявляются в расстройстве настроения и поведения. Описывают также два типа депрессий с низким и высоким нейротизмом. Депрессия с низким нейротизмом протекает длительно, с флюктуациями (колебаниями интенсивности). Депрессия в сочетании с высоким нейротизмом характеризуется коротким течением и симптоматикой, связанной с психотравмирующими событиями. Детская депрессия характеризуется переживанием истинной или воображаемой утраты эмоционально значимой фигуры. При этом ребенок не способен достичь желаемой цели или не может установить защитную зависимость. Отсутствие компенсаторной зависимости приводит к снижению самооценки, которая выражается отчаянием, изоляцией, лживостью и воровством. Могут быть и явные депрессивные переживания, но они подавляются детьми, в особенности тогда, когда они враждебны или агрессивны. Маскированная депрессия у детей не обязательно причина или даже основная составляющая психопатологии, она может быть лишь частью общего расстройства.

Депрессивная симптоматика у детей раннего возраста. К соматическим депрессивным эквивалентам относят «колики 3-го месяца», младенческую экзему, ассоциированную с приступами сильного плача, яктацию, игру с калом и поедание его. Депрессивными симптомами считают также расстройства сна (бессонницу, ночные страхи), боли в животе после 1-го года жизни, энурез, бессонницу, симптом пика, выпивание мочи, безудержную мастурбацию, упорную анорексию, энкопрез, двигательные стереотипии, тики, головные боли, слезливость.

Особенности симптоматики депрессии в дошкольном возрасте. Многие специалисты в настоящий момент утверждают, что депрессивные проявления у дошкольников не являются редкостью, однако, как правило, просматриваются не только педагогами, но и врачами. Объяснить это можно атипичностью депрессивных симптомов у детей. В подавляющем большинстве случаев у дошкольников имеют место не признаки расстроенного настроения, а их эквиваленты. Среди соматических симптомов, маскирующих аффективные нарушения, расстройства пищевого поведения, кишечные колики, расстройства сна, потеря массы тела, энурез, энкопрез, головные боли, тики и др. Нарушения поведения, замещающие расстройства настроения, различны: отказ от участия в живых, эмоционально насыщенных играх, затруднения при концентрации внимания в процессе занятий, ухудшение усвоения знаний, стремление к уединению или, наоборот, нежелание покинуть общество взрослого в поисках поддержки, защиты, легкое вступление в ссоры, драки, аутоагрессия, стремление к разрушительным действиям, появление таких привычек, как сосание пальцев, обкусывание ногтей, раскачивание и др. Перечисленная симптоматика может встречаться самостоятельно, перемежаться с психическими нарушениями или сочетаться с ними. У детей этого возраста наблюдают также раздражительность, плаксивость, аффективные вспышки, могут быть также апатия, равнодушие, безучастность или, что значительно реже, грусть, скука, задержка интеллектуального, речевого развития. Возможны также идеи самообвинения, мысли о смерти, просьбы о наказании, суицидальные высказывания и намерения.

Особенности симптоматики депрессии у школьников. В детстве сознание еще не интериоризировано, поэтому ребенок не вовлекается в интеллектуальные конфликты, а вместо этого возникают психосоматические или поведенческие симптомы. Лишь у части детей оказалось возможным выделить некоторые типичные для взрослых симптомы: чувство вины, самообвинение, идеи греховности, страх обездоленности, классическую меланхолию с печалью, отставанием в развитии, заторможенностью, суицидальными намерениями и характерным симптомом утренней усталости. Среди психосоматических симптомов энурез, расстройства сна (ночные страхи), манипуляции с гениталиями, приступы плача и рыданий. Кроме того, наблюдаются агрессивность, побеги из дома, мутизм, «школьная головная боль». Из психических симптомов наиболее показательны плохая социальная приспособляемость, тревога, заторможенность и склонность к уединению, были также отмечены раздражительность, чувство неуверенности, нежелание участвовать в игре, затруднения в учебе, чрезмерное переживание ответственности за свои школьные успехи, сосредоточение на своем здоровье, нарушения отношений с коллективом, эмоцио-

нальная лабильность, страхи, мрачность, грустные мысли, подавленность, суицидальные мысли и реже поступки, мысли о неполноценности, вине, греховности. По частоте встречаемости проявления депрессии у детей располагаются в следующем порядке. 1) утрата интереса к эмоциональным играм и учебе (у 66% депрессивных детей); 2) затруднения при выполнении школьной программы (у 51%); 3) желудочно-кишечная симптоматика (у 40%); 4) страх посещения школы, прогулы занятий (у 31%); 5) энурез (у 30%); 6) нарушения поведения (у 26%); 7) расстройства сна (у 23%); 8) неопрятность, пренебрежительное отношение к своему внешнему виду (у 21%); 9—10) чрезмерное пристрастие к сладкому, уходы из дома (у 20%); 11) головная боль (у 14%); 12) энкопрез (у 11%); 13) сосание пальцев (у 8%); 14) «сердечные жалобы» (у 2%). Степень вероятности появления других симптомов не уточнена. Кроме того, наблюдаются тревога, заторможеность, уменьшение двигательной и психической активности, усталость, другие соматические жалобы, неудовлетворенность, падение энтузиазма, плаксивость, чувствительность, раздражительность, недостаток интереса и неспособность получать удовольствие от активности, нормальной для возраста, потеря аппетита, снижение массы тела.

Особенности симптоматики депрессии у подростков. По мере того как дети становятся старше и особенно когда переходят на этап взросления, их депрессивная симптоматика становится все более похожей на проявления депрессии взрослых. Из психосоматических симптомов наиболее частый — головная боль, однако встречаются расстройства сна, симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта (анорексия, запор) и сердца. Бронхиальную астму, экзему, ожирение, падение массы тела, тики, язвенный колит и пептическую язву также пытаются связать с депрессией. Среди психической симптоматики наиболее часты грустные мысли, суицидальные намерения, переживание своей неполноценности, подавленность, нарушения деятельности, трудности в работе, апатия, вспышки гнева, тоска, страхи, колебания настроения, нарушение сосредоточения, болезненное бесчувствие, утрата интересов, ипохондрия. К специально выделяемым поведенческим эквивалентам относят: асоциальное, делинквентное поведение, нарушение приспособляемости к обществу, пристрастие к психически активным веществам. У младших подростков наиболее часто встречаются заторможенность, робость, замкнутость (в 53% случаях), нарушения поведения (51%), трудности приспособления к школе (42%), плаксивость (39%), нарушения сна (35%), нарушения пищевого поведения (30%), ревность к брату или сестре (26%), необычная зависимость от взрослых (18%), энурез (15%). По другим данным, у 14—15-летних в клинической картине депрессий преобладают дисфории и психопатоподобные эквивален-

ты, а у 16—17-летних – широкий спектр типичных вариантов депрессии. Об опасности депрессий можно судить по тому, что 12% всех самоубийств в США совершают подростки, причем в большинстве случаев делают это в депрессивном состоянии. Клинические проявления депрессий различаются в зависимости от пола. Девочки в основном пассивно сдержанны, сверхадаптивны и покорны. Мальчики часто возбуждены, агрессивны, асоциальны, склонны к одиночеству, немотивированному плачу, и у них часто обнаруживается энкопрез.

Сочетание заболеваний (коморбидность). Почти у 80% больных с «большой депрессией» имеются и другие психические расстройства, чаще других – это различные формы дистимий (38%), что позволяет называть такие состояния двойной депрессией. Кроме того, к расстройствам настроения могут присоединяться поведенческие нарушения и т. д.

? *Тест для самостоятельной работы*

1. Гиперкинетический вариант аффективно-шоковой реакции — это:
а) хаотическая двигательная расторможенность, возникшая в связи с опасностью, угрожавшей жизни;
б) нарушения поведения, замещающие депрессивное расстройство;
в) самый быстрый и короткий ответ на опасную или трудную ситуацию.

2. Ступорозный вариант аффективно-шоковой реакции — это:
а) оцепенение и мутизм, возникшие вследствие тяжелого стресса;
б) самый быстрый и короткий ответ на опасную или трудную ситуацию;
в) нарочито неправильное поведение — реакция на житейские трудности.

3. Психогенное сумеречное состояние — это:
а) сужение сознания как следствие переживания серьезной опасности;
б) стойкое снижение настроения, возникшее в ответ на жизненные трудности;
в) нарочито неправильное поведение — реакция на житейские трудности.

4. Острая аффективная реакция — это:
а) самый быстрый и короткий ответ на опасную или трудную ситуацию;
б) острая реакция на угрозу потерять социальный статус;
в) нарушения поведения, замещающие депрессивное расстройство.

5. Острая истерическая реакция — это:
а) острая реакция на угрозу потерять социальный статус;
б) стойкое снижение настроения, возникшее в ответ на жизненные трудности;

в) соматические симптомы, возникшие на основе и вместо депрессивных переживаний.

6. Псевдодеменция — это:
   а) нарочито неправильное поведение — реакция на житейские трудности;
   б) нарушения поведения, замещающие депрессивное расстройство.

7. Реактивная депрессия — это:
   а) стойкое снижение настроения, возникшее в ответ на жизненные трудности;
   б) депрессия — проявление аффективного психоза;
   в) самый быстрый и короткий ответ на опасную или трудную ситуацию.

8. Соматический эквивалент депрессии — это:
   а) соматические симптомы, возникшие на основе и вместо депрессивных переживаний;
   б) любая психосоматическая болезнь;
   в) оцепенение и мутизм, возникшие вследствие тяжелого стресса.

9. Поведенческий эквивалент депрессии — это:
   а) нарушения поведения, замещающие депрессивное расстройство;
   б) нарочито неправильное поведение — реакция на житейские трудности;
   в) любые нарушения поведения.

Рекомендуемая литература

Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства.— М.: Медицина, 1993.

Гурьева В. А. Психогенные расстройства у детей и подростков.— М.: Крона пресс, 1996.

Иовчук Н. М., Северный А. А. Депрессия у детей и подростков.— М.: Школа пресс, 1999.

Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей.— СПб.: Питер, 2000.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста.— М.: Медицина, 1995.

Козидубова В. М. Депрессии подростков. Дисс. д-ра мед. наук.— М., 1992.

Сосюкало О. Д. и др. Депрессии в детском и подростковом возрасте/ Научная конференция по неврологии и психиатрии детского и подросткового возраста.— Калуга, 1988.

Лангмейер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте.— Прага: Авиценум, 1984.

11 Зак. 4344

Глава 23
НЕВРОЗЫ

Невроз – реакция личности на неблагоприятную жизненную ситуацию. При ней не возникают расстройства личности, нарушения сознания и памяти. Имеющаяся симптоматика больным осознается. Иными словами, невроз – психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, возникающее в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека и проявляющееся расстройством нервно-вегетативных функций, в связи с чем преобладает соматическая симптоматика. Психические изменения выражаются в простых эмоциональных нарушениях и в повышенной истощаемости психических функций. При неврозах патологические явления обратимы, они этиологически связаны с конфликтной ситуацией.

Распространенность. Неврозы выявляются у 45% от общего количества детей с нервно-психическими расстройствами. Наибольшее число больных неврозами среди детей школьного возраста. Это число возрастает по мере приближения к завершению обучения. Невротических расстройств в 1,4 раза больше у мальчиков, чем у девочек.

НЕВРАСТЕНИЯ (F48.0)

Неврастения, реже обозначаемая как астенический невроз, является наиболее распространенной формой. Причина этого невроза – истощение нервной системы из-за чрезмерного и, как правило, длительного физического или умственного напряжения, связанного с отрицательными эмоциями. В основе неврастении лежит раздражительная слабость, повышенная возбудимость и утомляемость, которые сочетаются с понижением общего самочувствия, Она проявляется повышенной истощаемостью, постоянной усталостью, сниженной продуктивностью, раздражительностью, неспособностью получать от чего-либо удовольствие, головными болями, головокружениями, чувством внутреннего напряжения, нарушениями сна (трудностями засыпания и сонливостью днем). При одном типе указанные нарушения легко усиливаются при умственном напряжении, утрачивается способность концентрировать внимание, появляются отвлекающие ассоциации или воспоминания. Другой тип характеризуется физической слабостью и истощаемо-

стью при малейших усилиях, появлением мышечных болей и неспособностью расслабиться.

У детей в отличие от взрослых преобладают явления перевозбуждения (повышенная реактивность, психомоторное беспокойство). Часто также отмечаются аффективные вспышки с двигательным возбуждением, агрессией. Выделяют формы невроза с преобладающими вегетосоматическими расстройствами, когда на передний план выступают такие проявления, как анорексия, тошнота, расстройство ритма дыхания, кашель, спазм голосовой щели, неприятные ощущения в сердце, обмороки.

При психотерапии этого невроза следует учитывать, что в его основе лежит психологический конфликт – возникшее противоречие между возможностями личности и завышенными требованиями к себе.

ИСТЕРИЧЕСКИЙ НЕВРОЗ (F44.4–44.7)

Синонимы истерического невроза – истерия, диссоциативные расстройства движений и ощущений. Истерия – это невроз, симптоматика которого основана на повышенной эмоциональности и внушаемости. Заболевание развивается остро, как правило, в непосредственной связи с переживанием неблагоприятных обстоятельств, которые складываются чаще всего из-за завышенных требований к окружающим и невозможностью выполнить эти запросы. В происхождении истерических расстройств большую роль играет механизм «бегства в болезнь», условной приятности, выгодности или желательности болезненного симптома. Симптомы истерии очень разнообразны и изменчивы даже у одного и того же больного. Проявления истерии могут быть психическими (утрата воспоминаний, страхи, ипохондрические проявления, сужение сознания, сновидные переживания, галлюцинации), моторными (параличи, парезы, нарушение походки, судорожные припадки, гиперкинезы, спазмы, афония, мутизм), сенсорными (слепота, глухота, гипо- и гиперестезии, парестезии) и вегетативно-соматическими (нарушения сердечной деятельности, дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, сексуальные расстройства). Обычно жалобы предъявляются демонстративно, с тем чтобы на больных было обращено особенное внимание. Подчеркивается необычность, тяжесть, непереносимость болезненных явлений. Больные требуют к себе не только повышенного внимания, но и особого специалиста и крайне бережного ухода. Клиническая картина воспроизводит известные синдромы: стенокардии (при нетипичной локализации болей), гипертонического криза (при умеренном повышении артериального давления), бронхиаль-

ную астму (при затруднении вдоха, а не выдоха, как это бывает при астме), почечных колик, при которых нет объективных признаков предъявляемого заболевания. Психогенное происхождение предъявляемых расстройств больными неизменно и категорически отрицается, приводятся другие причины, которые, как они думают, представляют их в более выгодном свете. Истерическая симптоматика, как правило, возникает у истероидных личностей или на фоне имеющихся негрубых органических нарушений ЦНС. Все реже встречаются острые аффективные вспышки, сопровождающиеся психомоторным возбуждением и сужением сознания (истерические припадки), провоцирующиеся конфликтами и происходящие в чьем-либо присутствии. Движения, возникающие в этих случаях, напоминают тонические и клонические судороги, сопровождаются криками, стенаниями, плачем. Реакция зрачков на свет сохраняется, не бывает прикусов языка, серьезных повреждений при падении.

У детей истерия может проявляться иначе, чем у взрослых. Наиболее часто наблюдаются астазия-абазия (неспособность стоять при сохранных движениях конечностей), параличи, гиперкинезы (непроизвольные движения), тремор (дрожание), припадки, судорожное глотание, приступы удушья, психомоторное возбуждение, мутизм, афония, спазмы желудка, кишечника, мочевого пузыря, повторяющаяся рвота. Могут быть приступы расстроенного сознания (сумеречные состояния, обмороки, состояния, напоминающие псевдодеменцию), аффективные вспышки. У дошкольников нередко встречаются аффективно-респираторные судороги, вызываемые отрицательными бурными эмоциями. Таким образом, можно сказать, что детская истерия отличается моносимптомностью, грубостью и изменчивостью проявлений.

Целью психотерапии должен быть психологический конфликт, характерный для истерии,— чрезмерно завышенные претензии личности, сочетающиеся с недооценкой реальных условий или требований жизни. Особенность этого конфликта — превышение требований к окружающим над требованиями к себе и отсутствие критики к своему поведению.

НЕВРОЗ НАВЯЗЧИВЫХ СОСТОЯНИЙ (F42)

Другие названия невроза навязчивых состояний — обсессивно-компульсивное расстройство, фобический невроз. Основной признак этого заболевания — наличие навязчивых состояний, т. е. внезапно появляющихся мыслей, представлений, воспоминаний, сомнений, страхов или действий, не связанных в данный момент с содержанием сознания и потому воспринимаемых больными как

чуждые, эмоционально неприятные, однако понимаемые как собственные. Критическое отношение к ним побуждает бороться с этими болезненными явлениями. Как правило, преодолеть навязчивости больным не удается или удается лишь на короткое время. В некоторых случаях возникают ритуалы, которыми больной подсознательно защищается от возможных, по его мнению, связанных с содержанием навязчивостей, несчастий и неудач.

В основе происхождения невроза – конфликт, возникший из-за противоречий между внутренними тенденциями, влечениями, желаниями и потребностями личности, с одной стороны, и долгом или нравственными принципами – с другой.

У детей невроз навязчивостей в подавляющем большинстве случаев начинается постепенно, спустя значительное время после эмоциональных потрясений. Чаще он возникает у тех детей, у которых с ранних лет отмечались тревожность, немотивированные страхи, мнительность, склонность к созданию запретов. В клинической картине обычно наблюдаются страхи устной речи, своей смерти или смерти родителей, закрытых дверей, острых предметов, покраснения, заражения, космических катастроф. Могут быть такие симптомы, как элементарные движения или действия – обкусывание ногтей, сосание пальцев, счет, или более сложные защитные (чтобы не случилось ничего плохого с больным или родителями) ритуалы (сплевывание, прикосновение к каким-либо предметам, постукивание и т. д.). Реже встречаются навязчивые мысли в форме мудрствования («Что будет, если Земля столкнется с кометой?»), воспоминания, сомнения.

Лечение должно быть направлено на ликвидацию основного психологического конфликта, характерного для этого невроза, – противоречия между внутренними тенденциями и потребностями, с одной стороны, и долгом или нравственными принципами, с другой.

ОБЩИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЗОВ У ДЕТЕЙ

Своеобразие клинической картины неврозов зависит от возраста заболевших. Как правило, детские неврозы отличаются моносимптомностью, при них чаще всего поражаются ослабленные болезнями или недостаточно сформировавшиеся органы и системы. В клинической картине очень большое место занимают соматовегетативные проявления, различные формы нарушений поведения, при которых растормаживаются более примитивные способы приспособления (нарушаются пищевое, самозащитное поведение). У детей легко по механизмам условно-рефлекторного подкрепле-

ния образуются и закрепляются различные незрелые формы реагирования (например, пассивно-оборонительная реакция — страх).

В раннем детском возрасте среди клинических проявлений преобладает соматовегетативная симптоматика. Она, как правило, возникает в 6—7 месяцев, реже в более раннем возрасте. Дети становятся пугливыми, плаксивыми, не отпускают от себя мать, боятся новых лиц и игрушек, страдают нарушениями сна, расстройствами функций желудочно-кишечного тракта. Отличаются крайней утомляемостью и склонностью к реакциям протеста.

В период первого возрастного криза (2—4 года) уже появляются нарушения поведения, среди которых преобладают активные (вспышки возбуждения, агрессия) и пассивные (энурез, энкопрез, анорексия, запор, мутизм) реакции протеста.

Во время второго возрастного криза (6—8 лет) невротические расстройства становятся разнообразнее, и среди них могут быть уже системные неврозы: энурез, заикание, тики, так называемые школьные неврозы (страх посещения школы и в связи с этим рвоты, анорексия, головные боли и т. д.), трудности в поведении (непослушание, склонность к дракам).

В препубертатном возрасте реакции протеста приобретают черты сверхценных образований (например, уходы из дома).

В период полового созревания наблюдаются не соматовегетативные реакции, а ипохондрические состояния, повышенная склонность к возникновению сверхценных идей (дисморфомании, нервной анорексии или булимии), разные формы имитационного поведения (подражания взрослым).

Этиология неврозов у детей. Психическая травма — ведущая причина, ее патогенное значение определяется сложнейшими взаимоотношениями с множеством предрасполагающих условий: генетически обусловленной «почвы» и «приобретенного» предрасположения, являющегося результатом всей жизни индивида (см. главу 4).

Биологические факторы. В происхождении неврозов играет определенную роль наследственность, что подтверждает, в частности, конкордантность по неврозам в 23% у двуяйцевых близнецов и в 45% у однояйцевых. Патологическая беременность и аномально протекавшие роды вносят свою лепту в создание предрасположения к неврозам. Перенесенные соматические заболевания отмечены у 42,7% детей, страдающих неврозами, что подтверждает сенсибилизирующую роль телесных болезней в происхождении невротических расстройств.

Психологические факторы. В происхождении и оформлении клинической картины неврозов имеют большое значение преморбидные особенности личности (акцентуации характера, психопатии). Психические травмы детства (потеря родителей в 30—40%),

болезнь родителей, длительная разлука с ними, конфликты между близкими людьми также участвует в возникновении неврозов.

Социальные факторы. Самыми важными из факторов этого ряда считаются трудности в родительской семье (развод, внебрачное рождение, воспитание приемными родителями). Предрасполагают к заболеванию неврозом материнская депривация (16—27%), неправильное воспитание (избалованность, чрезмерная опека или необычная строгость), несоответствующее половое воспитание (пуризм, распущенность).

Тест для самостоятельной работы

1. Невроз — это:
- *а) реакция личности на неблагоприятную жизненную ситуацию;*
- *б) реакция личности на соматическое заболевание;*
- *в) астеническое состояние любого происхождения.*

2. Неврастения — это:
- *а) раздражительная слабость, повышенная возбудимость, снижение самочувствия, повышенная истощаемость психогенного происхождения;*
- *б) диссоциативное расстройство движений и ощущений, симптоматика которого основана на повышенной эмоциональности и внушаемости;*
- *в) основной признак этого заболевания — наличие навязчивых состояний.*

3. Истерия — это:
- *а) раздражительная слабость, повышенная возбудимость, снижение самочувствия, повышенная истощаемость психогенного происхождения;*
- *б) диссоциативное расстройство движений и ощущений, симптоматика которого основана на повышенной эмоциональности и внушаемости;*
- *в) основной признак этого заболевания — наличие навязчивых состояний.*

4. Невроз навязчивых состояний — это:
- *а) раздражительная слабость, повышенная возбудимость, снижение самочувствия, повышенная истощаемость психогенного происхождения;*
- *б) диссоциативное расстройство движений и ощущений, симптоматика которого основана на повышенной эмоциональности и внушаемости;*
- *в) основной признак этого заболевания — наличие навязчивых состояний.*

5. Особенности неврозов у детей — это:
- *а) нет никаких возрастных особенностей;*
- *б) моносимптомность, поражение ослабленных и недостаточно сформировавшихся систем, преобладание соматовегетативных проявлений, нарушения поведения;*
- *в) более легкое течение.*

6. *Мутизм — это:*
   а) врожденное недоразвитие речи;
   б) отказ от ответной и спонтанной речи;
   в) отсутствие звучной речи при сохранности шепотной.

7. *Афония — это:*
   а) нарушение речи при локальном поражении головного мозга;
   б) отказ от ответной и спонтанной речи;
   в) отсутствие звучной речи при сохранности шепотной.

8. *Астения — это:*
   а) снижение настроения, психическая и моторная заторможенность;
   б) отсутствие эмоциональных проявлений, вялость, безразличие;
   в) раздражительность, возбудимость, слабость, утомляемость, истощаемость, эмоциональная лабильность.

9. *Аффективно-респираторные судороги — это:*
   а) малые припадки;
   б) любые детские припадки;
   в) психогенные приступы потери сознания, возникающие на фоне расстройств дыхания и иногда сопровождающиеся судорогами.

10. *Невротический ритуал — это:*
   а) непроизвольное действие;
   б) защитное навязчивое действие, выполняемое вопреки воле больного;
   в) повторяющееся движение.

Рекомендуемая литература

Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков.— М.: Изд. Ин-та Психотерапии, 1999.

Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н. Неврозы у детей и их лечение.— Л.: Медицина, 1977.

Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков.— СПб.: Союз, 1998.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста.— М.: Медицина, 1995.

Глава 24
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Психосоматические расстройства – расстройства функций органов и систем, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирующих факторов. «Главным признаком соматоформных расстройств (психосоматических) является повторяющееся возникновение физических симптомов наряду с постоянными требованиями медицинских обследований вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии физической основы для симптоматики. Если физические расстройства и присутствуют, то они не объясняют природу и выраженность симптоматики или дисстресса и озабоченности больного. Даже когда возникновение и сохранение симптоматики тесно связаны с неприятными жизненными событиями, трудностями или конфликтами, больной обычно противится попыткам обсуждения возможности ее психологической обусловленности...» (Международная классификация болезней /МКБ-10/). Эти расстройства, считающиеся также болезнями адаптации или цивилизации, получили название стресс-зависимых, что отражает важную роль в их происхождении психосоциальных влияний.

История развития учения о психосоматических расстройствах. Гиппократ в учении о темпераментах высказал свои мысли о единстве тела и души. Heinroth в 1818 г. ввел термин «психосоматический», сформулировав положение о том, что каждая жизненная сфера (психика и сома) сама по себе не может быть достаточным основанием для возникновения заболеваний. H. Maudsley (1876) писал: «Если чувства не находят разрядки во внешней физической деятельности.., они действуют на внутренние органы и приносят беспорядок в их функции...» И. П. Павлов (1902) своим учением об условных рефлексах создал теоретическое основание для понимания психосоматических взаимоотношений с *позиций физиологии.* Его последователями были К. М. Быков, П. К. Анохин и др.

S. Freud (1894) дал начало *психологическому направлению*, истолковав психосоматические симптомы истерии как результат процесса вытеснения и назвав его конверсией, попытавшись таким образом объяснить механизм психосоматических расстройств. F. Dunbar (1947) связывает возникновение психосоматических расстройств с особенностями личности. По ее мнению, лю-

ди терпеливые, целеустремленные, имеющие самообладание, жертвующие радостями жизни для дела, склонны к сердечно-сосудистым заболеваниям. F. Alexander (1939) объясняет развитие психосоматических болезней спецификой эмоциональных реакций. Например, гипертония – результат эмоционального напряжения, возникшего из-за подавления гнева.

Нейрогуморальный подход понимает психосоматические заболевания как реакции на перегрузки, нарушения внутреннего равновесия – проявления общего неспецифического синдрома адаптации («стресса», по H. Selye, 1953). Дальнейшее изучение психосоматических расстройств заставило отказаться от жесткой однофакторной модели, под которой подразумевалось наличие одной причины, обязательно приводившей к болезни. В настоящее время психосоматические расстройства понимаются как заболевания, в основе которых значительное число факторов, определяющих возникновение болезни. Приходится принимать во внимание и то, что практически в происхождении любого заболевания принимает участие эмоциональное напряжение, связанное с трудностями жизни. При этом, так как их удельный вес при разных заболеваниях различен, и интенсивность психотерапевтического подхода должна быть различна.

Распространенность. Среди взрослого населения – 0,1–0,5%. Чаще встречается у женщин (1–2%), чем у мужчин [Kaplan H. I., 1998]. Начало болезни обычно приходится на детский и подростковый возраст. От 9,3% до 40% детей страдают психосоматическими заболеваниями [Brautigam W., 1984; Kruse W., 1983]. 2/5 детей, наблюдаемых педиатрами, не имея никаких органических заболеваний, страдают от соматических расстройств. Чаще всего это головные боли – у 1 из 7 детей, реже боли в животе – у 1 из 9 детей и еще реже боли в конечностях – у 1 из 25 детей [Apley J., 1968]. Усложняющиеся условия жизни сказываются во все бóльшем расширении числа детей и подростков, страдающих психосоматическими расстройствами. Об этом можно судить по тому, что в середине 70-х годов детей с желудочно-кишечной патологией было 70–75 на одну тысячу обследованных, а в 80-х – уже 100–110 [Мазурин А. В. и др., 1989]. Увеличилась заболеваемость язвой желудка на 36%, бронхиальной астмой на 15%, нарушениями иммунитета на 30% (Гос. доклад за 1994 год). Показателем того, что психосоматические расстройства – нажитые болезни даже у детей, может быть вегетативная дистония. В дошкольном и младшем школьном возрасте это расстройство встречается в 22,5% детского населения [Куршев В. А., Василенко Н. Г., 1988], а в подростковом возрасте в 43% [Исмаилов М. Ф., 1985]. У 9% детской популяции выявляются дисфункциональные явления, предшествующие психосоматическим расстройствам: кратковременные нарушения функций органов и систем, психосоматиче-

ские реакции и психические явления субневротического уровня, что подтверждает наличие высокого эмоционального напряжения у детей и подростков, возникающего у них в связи с трудностями жизни [Ефимов Ю. А., 1994]. У 16% школьников высокий, а у 31% средний уровень тревожности, что свидетельствует о большой подверженности детей невротическим и психосоматическим расстройствам [Базиленко И. Б., 1995].

Классификация психосоматических заболеваний. В связи с большим разнообразием психосоматических расстройств описание их проявлений возможно лишь с использованием тех или иных систематик.

Классификация I. Jochmus, G. M. Schmitt (1986) предполагает три группы соматических расстройств, связанных с психологическими трудностями.

1) психосоматические функциональные нарушения (без органических поражений органов и систем): психогенные нарушения у грудных и детей раннего возраста, нарушения сна, энурез, энкопрез, запор, конверсионные неврозы;

2) психосоматические болезни: бронхиальная астма, нейродермиты, язвенный колит, язва желудка, нервная анорексия, булимия, ожирение;

3) переживания больными своих серьезных хронических болезней, например муковисцидоза, диабета, хронической почечной недостаточности, злокачественных новообразований.

H. Zimprich (1984) у детей выделяет: а) психосоматические реакции (единовременное упускание мочи при испуге); б) функциональные нарушения (расстройство сна после негативных переживаний, продолжающееся некоторое время); в) психосоматические заболевания с органической манифестацией (эндокринные нарушения психогенного происхождения); г) специфические психосоматозы (колит, язва желудка и др.).

Описанные в МКБ-10 (F45) и в Американской DSM-IV соматоформные (психосоматические) расстройства подразделяются на:

1) *соматизированные* — совокупность различных психопатологических расстройств с преобладанием соматовегетативных проявлений (при истерии, личностных расстройствах, алкоголизме);

2) *недифференцированные* — предъявление многочисленных, изменяющихся и длительных, но неопределенных соматических жалоб (симптомы общей утомляемости при депрессии, тревоге);

3) *конверсионные* — трансформация эмоциональных нарушений в двигательные, сенсорные и вегетативные эквиваленты (параличи, слепота, глухота, нарушения чувствительности);

4) *хронические болевые расстройства* — длительная, интенсивная, психически угнетающая боль без соматической болезни, которая могла бы ее объяснить (боль в спине, головная боль);

5) *ипохондрические* — убежденность больного в том, что у него

имеется серьезное заболевание (при неврозах, внутренних заболеваниях, психозах, в форме психогенных реакций);

6) *дисморфофобические* – убежденность в наличии недостатка во внешности или воображаемого телесного дефекта (морщины, большой нос, слишком маленькие молочные железы или пенис, очень короткие ноги, встречается при личностных расстройствах);

7) *вегетативные дисфункции* (психогенные одышка, икота, понос, потение, метеоризм, жжения, тяжесть, напряжение);

8) *другие* – ограничиваются либо отдельными системами, либо частями тела и не опосредуются вегетативной нервной системой (ощущение комка в горле, психогенный зуд). Практическое значение имеет разделение психосоматичесих расстройств по пораженным органам и системам.

Психосоматические расстройства желудочно-кишечного тракта. Психосоматические *кратковременные реакции*, возникающие после сильных негативных переживаний: потеря аппетита, тошнота, рвота, желудочные спазмы, понос, запор. *Функциональные нарушения* продолжаются уже более значительное время, они возникают либо вслед за предыдущими, либо первично. Примером могут быть неукротимая рвота беременных, запоры, анорексия. К *психосоматическим болезням* относят язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Симптоматика этого прогрессирующего заболевания: постоянно повторяющиеся боли в животе, связанные с едой, а также тошнота, изжога, рвота. Может быть сочетание с астеническим синдромом, ипохондрией, фобией и депрессией. Для таких больных характерны настойчивость, упрямство, активность в достижении желаемого, переоценка своих возможностей, возбудимость, а у детей чаще повышенная тревожность, сенситивность, замкнутость, неуверенность в себе, зависимость от окружающих, повышенная возбудимость. Отмечается положительный эффект психотерапии. Спастический колит также рассматривается как психосоматическая болезнь. Он характеризуется болями в животе, вздутием живота, урчанием, запорами, поносами, утомляемостью, нарушениями сна. Психотерапия нередко оказывается успешной.

Психосоматические расстройства сердечно-сосудистой системы. *Кратковременные реакции* – преходящая тахикардия (учащенное сердцебиение), аритмия (нарушение ритма сердцебиений), артериальная гипертония или гипотония. *Функциональные нарушения:* ощущения замирания и боли в области сердца, обмороки. Этим состояниям чаще предшествуют такие аффекты, как гнев или страх. *Психосоматические болезни:* коронарная болезнь сердца, инфаркт сердечной мышцы (нарушение кровоснабжения сердца) и гипертоническая болезнь. В происхождении этих болезней большую роль играют продолжительные эмоциональные нагрузки. Проявления коронарной болезни сердца: внезапное появ-

ление приступов боли, возникающих при физическом или эмоциональном напряжении и иногда в покое. Гипертоническая болезнь характеризуется стойким подъемом артериального давления, головными болями, головокружениями, обмороками. Личностные черты этих больных: тревожная мнительность, ригидность, склонность к определенному жизненному стереотипу, реактивная лабильность с аффективными вспышками гнева или слезливостью. У одних детей и подростков – повышенная раздражительность, неуравновешенность, легкая утомляемость, у других – чувствительность неуверенность в себе, застенчивость или напряженность, недовольство своим окружением. Могут возникать астено-ипохондрические, астено-субдепрессивные и неврастенические переживания. В сочетании с медикаментозным лечением все расстройства хорошо поддаются психотерапии.

Психосоматические расстройства органов дыхания. *Кратковременные реакции* в ответ на эмоциональное напряжение – кашель, изменение ритма дыхания в виде его учащения или непроизвольных вздохов, нарушение ритма и тембра речи. *Функциональные респираторные нарушения* – «невротический» кашель, затрудненное дыхание, афония, сочетающиеся с тревогой, тягостными ощущениями в груди и вегетативными расстройствами (потливостью, чувством жара или холода, позывами на мочеиспускание). К *психосоматическим болезням* органов дыхания относят бронхиальную астму. Последняя характеризуется: а) начальными признаками в виде приступообразного чихания, кашля, насморка и вялости, агрессивности, плаксивости; б) острым приступом в форме затрудненного выдоха, свистящих хрипов, вынужденного, облегчающего дыхание положения и последующего кашля; в) постприступным периодом с нарушением сна, повышенной психической лабильностью, быстрой истощаемостью. Эти больные, дети и подростки, чувствительны, несколько тревожны, возбудимы, эмоционально неустойчивы, склонны к снижению настроения, обидчивы и впечатлительны. Они реагируют на болезнь преимущественно астено-депрессивными или фобическими переживаниями. При среднем и тяжелом течении болезни возникают стойкие и, как правило, выраженные изменения личности: повышенная чувствительность, крайняя возбудимость, необычная тревожность, постоянная раздражительность, быстрая смена настроения с преобладанием депрессии и беспочвенная обидчивость. Формируются либо истероидные (чаще), либо депрессивные черты личности. В 2/3 случаев имеются невротические, астенические и поведенческие расстройства. Эпилептические припадки у этих детей в 3–5 раз чаще, чем в детском населении. Астматические приступы у большинства больных провоцируются негативными переживаниями. Лечение бронхиальной астмы должно сочетать медикаментозные препараты и психотерапию.

Психосоматические расстройства кожи. *Кратковременные реакции* на эмоциональное напряжение – побледнение или покраснение кожи, повышенное потоотделение, «гусиная кожа». *Функциональные расстройства* могут быть в форме гиперестезии, гипостезии или анестезии (повышенной, пониженной или отсутствующей чувствительности), зуда, сыпи или отека. *Психосоматические болезни:* нейродермит, псориаз, гнездное или общее облысение. Нейродермит (экзема, аллергодерматоз) – хроническое, часто повторяющееся, воспалительное заболевание кожи, проявляющееся интенсивным зудом и сыпью (папулами и огрубениями). Один из причинных факторов – нарушение взаимоотношений матери и ребенка в раннем возрасте, поэтому его начало приходится в 91% случаев на первые два года жизни. Почти у всех детей (88%) имеются те или иные нервно-психические расстройства: астенические (утомляемость, плохое внимание, головные боли, расстройство сна, вялость или капризность и раздражительность), астенодепрессивные (расстройства настроения более выражены), тревожные (напряженность, беспокойство, страхи), истерические (демонстративность, эгоцентричность, претенциозность, склонность к бурной аффективности и лживости) и нарушения поведения в форме грубости, неуравновешенности, склонности к конфликтам). У этих больных часто в связи с переживанием своего косметического дефекта возникают невротические реакции, последние, продолжаясь годами, нарушают психологическое развитие, формируя астенический или истерический тип личности. Обострения кожных проявлений почти всегда связаны с отрицательными эмоциями. Лечение заключается не столько в медикаментозных воздействиях, сколько в стремлении улучшить психологический климат близкого окружения (семья, интернат) и провести психотерапию.

Психосоматические расстройства, проявляющиеся в нарушении общего обмена и нарушении деятельности эндокринных желез. *Кратковременные реакции,* вызванные эмоциональным напряжением, – резкие изменения содержания сахара в крови, полиурия (увеличение выделения мочи), колебания кровяного давления, сосудистые реакции. *Функциональные расстройства* – колебания массы тела, преходящая глюкозурия (выведение сахара с мочой), нарушения менструального цикла. *Психосоматические болезни* – диабет (недостаточность инсулина с неусвояемостью сахара, повышением его в крови и выделением с мочой), гипертиреоз (повышение функции щитовидной железы), гипотиреоз (понижение функции щитовидной железы), вирилизм (появление мужских вторичных половых признаков у женщин), ожирение, ревматоидный полиартрит (хроническое воспаление суставов), сексологические растройства (фригидность, импотенция). Гипертиреоз, в частности, сопровождается раздражительностью, легкой сменой настроения, боязливым ожиданием несчастья, депрессией,

тревожной торопливостью, быстротой решений и немедленным их осуществлением, слабой потребностью во сне повышенной потливостью и т. д. Гипотиреозу свойственны нарушения памяти в сочетании с недостаточной активностью и равнодушием. При диабете имеются утомляемость, снижение работоспособности, ослабление внимания, головные боли после нагрузок, нарушения сна. В лечении всех этих заболеваний большое место должно принадлежать психотерапии.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Для того чтобы появились психосоматические расстройства, необходима, как минимум, информация о негативных событиях и другие описанные выше факторы. У только что родившегося младенца контакт с внешним миром существует благодаря органам чувств матери, с которой у него прочная симбиотическая связь. Поэтому любые отрицательные эмоции, потрясения, переживаемые матерью, воспринимаются ребенком как ее частью. Ребенок может реагировать на беспокойство, тревогу, депрессию, отчаяние матери только изменением своего соматического здоровья. Даже недоношенные дети у матерей, переживающих материальные невзгоды, предательство близких или болезнь родителей, отзываются на них остановкой роста, стойкой потерей массы тела и неспособностью усваивать получаемое питание.

Психосоматические расстройства в раннем детском возрасте разнообразны и иногда оказываются стойкими. *Младенческая колика* – приступы болей в животе, протекающие с сильными криками, плачем, двигательным беспокойством, вздутием живота и продолжающиеся минуты или часы. *Привычные срыгивания* – извержение небольшого количества пищи, поступившей во время кормления. Иногда сочетается с сосанием пальцев, нарушением сна, плаксивостью и т. д. *Анорексия* – отсутствие аппетита, нередко возникающее у особенно подвижных, раздражительных детей. Может быть избирательной и зависеть от того, кто кормит или из какой посуды. *Симптом пика* – извращение аппетита, при котором дети стремятся употреблять в пищу несъедобные вещества: уголь, глину, краску, землю, бумагу, штукатурку, сор или жевать белье, одежду.

Психосоматические расстройства у дошкольников и детей младшего школьного возраста. *Головные боли,* возникающие после волнений и нередко сопровождающиеся тошнотой, бледностью, потливостью, изменением настроения. *Лихорадка* – приступы непродолжительного большого повышения температуры тела (до 39–40 °С) или продолжительного, но незначи-

тельного (37—38 °С), не связанного ни с какими соматическими заболеваниями. *Боли в животе* — одно из наиболее частых расстройств, которым дети реагируют на неприятности. Они могут быть рецидивирующими, т. е. неоднократно повторяющимися в трудных ситуациях. *Психогенная рвота,* извержение пищи из желудка, может быть эпизодическим явлением в связи с гневом, отвращением или страхом или постоянной реакцией на любые жизненные трудности. *Энурез,* непроизвольное упускание мочи, так же как и *энкопрез,* непроизвольное выделение кала,— частые соматические проявления эмоциональных расстройств у детей.

Психосоматические расстройства подросткового возраста могут быть продолжением тех, которые возникли в более ранний период жизни, и таким образом принципиально не отличающимися или свойственными преимущественно возрасту полового созревания. *Психическая или нервная анорексия* характеризуется стойким отказом от приема пищи, заметной потерей массы тела (на 15% и больше от возрастной нормы), активным применением приемов для снижения массы тела (вызывание у себя рвоты, прием средств, подавляющих аппетит или слабительных), искажением образа своего тела, при котором допустимым для себя считается лишь низкая масса тела, отсутствием менструаций у девушек и потерей потенции у юношей, приостановкой полового развития, если заболевание началось в начале пубертата. Личности этих больных отличаются довольно высоким интеллектом, рассудочностью, рассуждательством, разносторонними интересами, активностью, большим чувством ответственности, а в отношениях с другими поверхностностью. Нередко эти качества сочетаются с застенчивостью, неуверенностью, внутренним чувством несостоятельности, высоким уровнем притязаний без достаточной критики к своим возможностям, истерическими проявлениями или склонностями к навязчивости. В процессе заболевания развиваются физическое истощение, психическая астения, а иногда и депрессия. *Психическая или нервная булимия,* повторяющиеся приступы переедания, может быть этапом нервной анорексии или самостоятельным расстройством. *Нарушения репродуктивной функции у девушек*: ювенильное кровотечение (продолжительные, чрезмерно обильные с нарушением периодичности менструации), аменорея (отсутствие менструаций), альгодисменорея (болезненные менструации), как правило, возникают у лиц с крайне изменчивым настроением, повышенной утомляемостью, раздражительностью, склонностью к ипохондрии, нерешительностью, повышенной ранимостью и чувством собственной неполноценности. Нарушения репродуктивной функции часто сопровождаются необычной сосредоточенностью на болезненных явлениях, боязнью непоправимой утраты здоровья, переживанием своей уродливости или неполноценности, астенией, аффективными расстройствами: тревожностью, страхами

смерти, снижением настроения, повышенной раздраженностью. *Вегетососудистые дистонии* — состояния, в основе которых лежат изменения артериального давления. При дистонии по гипертоническому типу наблюдаются повышенное артериальное давление, постоянная или приступообразная головная боль с тошнотой, рвотой, наступающими при переутомлении, обмороки, головокружения, неприятные ощущения или боли в области сердца, сердцебиения и реже одышка при нагрузках. Подростки способны к самостоятельным решениям, нетерпеливы, возбудимы, раздражительны, неуравновешенны, утомляемы, с повышенной реактивной тревожностью. Большая часть из них не уверены в успехе лечения, треть относится к болезни пренебрежительно, игнорирует ее. Дистония по гипотоническому типу характеризуется сниженным артериальным давлением, интенсивными и продолжительными головными болями, наиболее выраженными во второй половине дня, утренней слабостью, быстрой утомляемостью, головокружениями после школьных занятий и при перемене положения тела, склонностью к обморокам и колющим болям в области сердца. Больные неуверенны в себе, ранимы, зависимы, чувствительны к угрозе, боязливы, преобладают страхи за свою жизнь и здоровье, у них повышен показатель личностной тревожности и ипохондрическое сосредоточение на болезни.

Этиология. Как уже было сказано, в происхождении психосоматического расстройства принимают участие многие факторы.

1. *Острый или хронический стресс.* Сюда относятся недостаточно защищающее, а иногда и вовсе неадекватное семейное воспитание, раннее покидание семьи, лишение матери, воспитание посторонними людьми, неоднократное помещение в стационары, трения в общении с соучениками, непонимание педагогами и воспитателями, несоответствие способностей школьным программам, трудные отношения с переживающими нестабильную обстановку родителями, влияние асоциальных сверстников, столкновение с преступными элементами и др. Одно объяснение механизма действия стресса использует только психосоциальные факторы: подавление или сдерживание гнева к окружающим или направленность его на самого себя обычно при низкой самооценке. Другое — для понимания стресса анализирует взаимоотношения стрессора и индивида на фоне конкретной социальной ситуации, учитывая при этом защитные механизмы личности (механизм совладания) и организма (нервные и гуморальные).

2. *Накопление эмоционального напряжения.* Бесчисленные следы интеллектуальных, аффективных, сенсорных раздражителей создают эмоциональный фон, который не всегда осознается и в одних случаях благополучно разряжается, а в других приводит к накоплению негативных эмоций. Последнее происходит у людей с нейродинамическими нарушениями, приводящими к застою эмо-

циональных возбуждений в лимбической системе как функционального, так и органического генеза.

3. *Генетические факторы.* Среди родственников больных, страдающих психосоматическими заболеваниями, 60—70% болеют этими же расстройствами.

4. *Факторы предрасположения.* Переживание кризисных ситуаций (наводнений, землетрясений), которые оказываются непереносимыми для личности.

5. *Преморбидные особенности личности.* У одних больных преобладает повышенная тревожность, которую невозможно выразить словами и получить облегчение (алекситимия); у других — самоуверенность, агрессивность, нетерпимость, постоянная нехватка времени, неустанная борьба за максимальные достижения в той или иной области, сверхпреданность работе; у третьих — боязливость, впечатлительность, напряженность с неспособностью разрядиться, повышенная ответственность, низкий уровень самоуважения, плохая переносимость фрустраций.

6. *Неблагоприятная микросоциальная среда.* Семья психосоматического больного характеризуется запутанностью социальных ролей, сверхзащитой, ригидностью в своем поведении, неумением разрешать конфликты.

7. *Неблагоприятное психическое состояние в момент действия стрессора.* Например, отсутствие социальной поддержки, беспомощность.

8. *Большая субъективная значимость стрессора.* Например, чрезмерное переживание ребенком даже кратковременного отсутствия матери на фоне его постоянного опасения лишиться родительницы.

Таким образом, для возникновения психосоматической патологии необходимы помимо стресса генетическая предрасположенность к той или иной форме болезни адаптации (язве желудка, гипертонии, бронхиальной астме, нейродермиту и т. д.), нейродинамические сдвиги, способствующие накоплению эмоционального напряжения, особенности личности, неблагоприятная микросоциальная среда, психическое состояние в момент действия стрессора, благоприятствующее его патогенному воздействию, и большая субъективная значимость стрессора.

Лечение. Проводится медикаментозными препаратами тем специалистом, который имеет наибольшие знания в соответствующих болезнях — терапевтом, гинекологом, дерматологом и т. д., но обязательно с участием психолога и психотерапевта. Психолог выполняет диагностические задачи, изучая личность и отдельные психические проявления больного. Он также должен оценить семейную ситуацию, в которой живет больной, и проанализировать его место в коллективе сверстников. Все это станет материалом

для выработки психотерапевтом наилучшего терапевтического подхода к личности, семье и более широкому окружению.

Профилактика и раннее распознавание. Для ребенка и подростка многие жизненные обстоятельства могут сыграть роль условий, благоприятствующих развитию психосоматических расстройств в том случае, если биологическая сопротивляемость организма и социально-психологическая защита личности окажутся несостоятельными. Такими ситуациями могут стать неадекватное воспитание, развод родителей, дисгармоничная семья, неспособность родителей выполнять свои конвенциональные или половые роли, конфликт между этими ролями и межличностными отношениями в семье или обществе, трудные условия обучения, неприятие коллективом сверстников и др. Особенно ранимы дети, рано лишившиеся эмоциональных связей, не имеющие поддержки, чувства принадлежности, безопасности и цели в жизни. В таком положении оказываются дети, оставшиеся без родителей, отданные в плохие закрытые детские учреждения, госпитализированные на большой срок, часто меняющие коллективы сверстников или место жительства, проживающие с больными или психически неблагополучными родителями, неспособными любить своего ребенка и заботиться о нем.

С целью профилактики психосоматических расстройств необходимо распознать неблагоприятные ситуации, в которых существует ребенок, и пытаться помочь семье и ребенку исправить ее. На предупреждение развития психосоматических заболеваний направлено раннее выявление детей и подростков с признаками хронической тревожности. Тревожность старшими детьми субъективно воспринимается как беспокойство, душевный дискомфорт. У младших можно отметить различной выраженности и стойкости дистимические явления (нарушения настроения), суетливость, неусидчивость и двигательное беспокойство. Наряду с этим у таких детей наблюдаются: 1) преневротические явления: нарушения сна, тики, сосание пальцев, навязчивости, беспричинный плач; 2) вегетодистонические явления: головокружения, головные боли, сердцебиения, нарушения ритма дыхания, обмороки повторные боли в животе; 3) соматические явления: булимия, повышенная жажда, повторная рвота, ожирение, лихорадка неясного происхождения, кожный зуд и т. д.

В прошлом у этих детей отмечаются эпизоды психосоматических реакций: под влиянием неблагоприятных обстоятельств появляются головная боль, энурез, боль в животе, рвота, неприятные ощущения в груди.

Психологическое исследование, выявляющее повышенный уровень тревожности, способно подтвердить наличие риска заболевания или даже впервые поставить вопрос об этом. Методики, используемые для этой цели:

1. Личностный опросник Айзенков.
2. Личностный опросник Кеттелла.
3. Шкала Спилбергера.
4. Цветовой тест Люшера.
5. Специальный метод незаконченных предложений.
6. Опросник детской тревожности Рейнольдса.
7. Опросник детской тревожности Клинединста.
8. Тест Коппитц.
9. Рисунок семьи.

Обладая материалами наблюдений и исследований, составляют комплексную программу предупреждения развития психосоматических расстройств.

Коррекционно-педагогические меры. Воспитатели и педагоги, имея вышеизложенную информацию о детях повышенного риска, создают максимально благоприятные условия для нормализации их эмоционального состояния. Для ребенка создается оптимальная учебная программа, улаживаются при необходимости отношения со сверстниками, проводится работа с семьей. Наличие у детей выраженных психосоматических болезней требует консультации у врачей и поддержки психотерапевта.

? *Тест для самостоятельной работы*

1. Психосоматическое расстройство — это:
а) расстройство функций органов и систем, в происхождении которых ведущая роль принадлежит психотравмирующим факторам;
б) истерическое расстройство;
в) ипохондрический синдром.

2. Причина психосоматических расстройств — это:
а) отягощенная наследственность;
б) эмоциональный стресс;
в) сочетание многих факторов, ведущий — психическая травма.

3. Психосоматическая реакция — это:
а) переживание больным своей хронической болезни или инвалидности;
б) соматическая симптоматика у нервного или психического больного;
в) кратковременное психогенное расстройство соматических функций.

4. Психосоматическая ситуация — это:
а) кратковременное психогенное расстройство соматических функций;
б) переживание больным своей хронической болезни или инвалидности;
в) ипохондрический синдром.

5. *Психосоматические расстройства сердечно-сосудистой системы — это:*
   а) *язвенная болезнь желудка, спастический колит;*
   б) *коронарная болезнь сердца, гипертоническая болезнь;*
   в) *«замирания» в области сердца, учащенное сердцебиение.*

6. *Психосоматические расстройства пищевого поведения — это:*
   а) *язвенная болезнь желудка, спастический колит;*
   б) *психическая анорексия, психическая булимия;*
   в) *предпочтение одних видов пищи перед другими.*

7. *Психосоматические расстройства кожи — это:*
   а) *сифилис;*
   б) *нейродермит;*
   в) *побледнение или покраснение кожи.*

8. *Психосоматические расстройства желудочно-кишечного тракта — это:*
   а) *тошнота;*
   б) *дизентерия;*
   в) *язвенная болезнь желудка, спастический колит.*

9. *Соматизация — это:*
   а) *преобладание соматовегетативных проявлений при нервно-психических расстройствах;*
   б) *кратковременное психогенное расстройство соматических функций;*
   в) *психическое расстройство соматогенного происхождения.*

10. *Ипохондрия — это:*
   а) *убежденность больного в наличии у него серьезного заболевания;*
   б) *истерическое расстройство;*
   в) *придумывание отсутствующего заболевания.*

Рекомендуемая литература

Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков.— М.: ИИП, 1999.

Гарбузов В. И. Практическая психотерапия.— СПб.: Сфера, 1994.

Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей.— СПб.: Питер, 2000.

Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В. Нервная анорексия.— М.: Медицина, 1986.

Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е. Психиатрия.— М.: Медицина, 1995.

Психиатрия, психосоматика, психотерапия/ Под ред. К. П. Кискера и др.— М.: Алтейа, 1999.

Психическое здоровье детей и подростков/ Под ред. И. В. Дубровиной.— Екатеринбург: Деловая книга, 2000.

Глава 25
СОМАТОГЕННЫЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

В этиологии нервно-психических расстройств большое значение имеют экзогенные (соматогенные) вредности: соматические, инфекционные заболевания и интоксикации. Их распространенность составляет от 4% до 7,8% больных, поступающих в психиатрические больницы. Соматогенным нервно-психическим расстройствам у детей посвящены монографии и статьи Т. П. Симсон и М. М. Моделя (1956), В. А. Гиляровского и А. И. Винокуровой (1922), М. О. Гуревича (1924), Н. Н. Боднянской (1973), В. Я. Деянова (1962), Г. Е. Сухаревой (1955), М. И. Лапидеса (1960), В. В. Ковалева (1974), С. С. Мнухина (1935) и др.

В развитии учения об экзогенных (соматогенных) психозах отразилась борьба нозологического и синдромологического направлений. В процессе разработки этого учения оказалось невозможным понять эти психозы без учета целостности организма, взаимосвязи психопатологии и соматических нарушений.

K. Bonhoeffer (1908) считал, что при острых экзогенных психозах вне зависимости от вредности, их вызывающей, наблюдается ограниченная и однородная группа синдромов: делирий, галлюциноз, эпилептиформное возбуждение, сумеречное состояние, ступор, аменция с кататонией или с бессвязностью.

В противоположность этому E. Kraepelin (1896) утверждал, что для каждой инфекции или яда имеются только им присущие формы психического реагирования. По его мнению, важен темп действия вредности, а не ее внешнее или внутреннее происхождение.

M. Specht не делал принципиальных различий между экзогенной и эндогенной симптоматикой. Он полагал, что все дело в большей или меньшей силе вредности.

По мнению же A. Hoche (1912), внутренние или внешние этиологические моменты являются лишь толчками, от которых приходят в действие преформированные механизмы, заложенные в психике индивида, реагирующего на вредность.

Работами современных психиатров было доказано, что для развития психопатологической симптоматики имеет значение совокупность факторов: качество вредности, ее доза, состояние мозга в момент действия вредности и конституция индивида (О. И. Вольфовский, М. А. Гольденберг (1941), Б. Н. Серафимов (1937) и др.). Оказалось, что при симптоматических психозах

встречаются все возможные синдромы. Однако наиболее характерными считаются расстройства сознания и астенический симптомокомплекс.

Традиционно изучение соматогенных нервно-психических расстройств у детей проводилось в психиатрических клиниках. В связи с этим анализу подвергались, как правило, выраженные психические расстройства с затяжным или периодическим течением. Значительно реже описывались случаи кратковременных расстройств, не требовавшие госпитализации в психиатрический стационар. В последние десятилетия выраженные и особенно тяжелые формы соматогенных психических нарушений у детей стали редкостью. В то же время участились случаи неразвернутых, субпсихотических, неврозоподобных, эндоформных расстройств. Необходимость предупреждения и лечения психических нарушений и связанных с ними осложнений требует изменить подходы к изучению достаточно распространенной соматогенной психопатологии.

Мы исследовали проблему нервно-психических нарушений при соматических заболеваниях у детей. Работа проводилась, как правило, с больными, обратившимися в детскую поликлинику или находившимися на лечении в детских соматических стационарах и санаториях. Это позволило выявить весь спектр нервно-психической симптоматики: от начальных проявлений до выраженных психотических нарушений.

Изучалась наследственная отягощенность, перенесенные биологические вредности, преморбидное состояние, изменение личности в ходе болезни и ее реакция на соматическое состояние, влияние микросоциальных (в семье) условий.

В результате изучения неглубоких психических нарушений удалось показать, что симптомы нервно-психических расстройств в подавляющем большинстве случаев сочетаются с личностными реакциями на соматическое заболевание. Эти реакции зависят от особенностей личности, возраста, пола, и тем явственнее, чем менее выражена и тяжела психопатологическая симптоматика.

С целью изучения личностного реагирования проводился анализ внутренней картины болезни (ВКБ), позволивший оценить роль в ее формировании интеллектуального уровня, знаний о здоровье и болезни, опыта перенесенных страданий, преобладающих эмоциональных отношений родителей к болезни ребенка и восприятия ее пациентом.

Этиология и патогенез. К соматогенной психической патологии в широком смысле относятся нервно-психические расстройства, связанные с экзогенными факторами: внутренними и инфекционными болезнями, мозговыми заболеваниями, интоксикациями, травматическими поражениями мозга. Предполагается, что экзогенные расстройства возникают вследствие действия внешних причин, а эндогенные — благодаря развертыванию внутренних ме-

ханизмов, реализации наследственного предрасположения. На самом деле между «чистыми» эндогенными и экзогенными расстройствами существуют переходы. При одних психических заболеваниях имеется очень выраженное наследственное предрасположение, легко спровоцированное незначительным внешним воздействием, при других заметного (при наших возможностях исследования) предрасположения отметить не удается, а этиологическим фактором оказывается мощная внешняя вредность.

О распространенности экзогенных психических расстройств у детей можно судить по данным В. И. Горохова (1982). Среди наблюдавшихся им больных, заболевших в детстве, 10% составляли экзогенно-органические заболевания. Причиной их в 24% случаев послужили травмы головы, в 11% — менингиты, энцефалиты, в 8% — соматические и инфекционные заболевания, в 45% — сочетания перечисленных факторов.

Среди этиологических факторов инфекционных психозов наиболее часто отмечаются такие заболевания, как грипп, пневмония, корь, скарлатина, кишечные инфекции, малярия, гепатит, ангина, тонзиллит, ветряная оспа, отит, ОРЗ, краснуха, герпес, полиомиелит, коклюш. Менингококковая, паротитная, туберкулезная, энтеровирусная и другие нейроинфекции вызывают психические расстройства в ходе развития менингитов и энцефалитов. Возможны также вторичные энцефалиты при общих инфекционных заболеваниях: гриппе, пневмонии, кори, сыпном тифе, дизентерии, малярии, ветряной оспе и после вакцинации. Острые психозы могут возникать при хронических инфекционных болезнях: туберкулезе, ревматизме, красной волчанке, склеродермии, узелковом пери- или панартериите. Встречаются нервно-психические расстройства, осложняющие заболевания почек, эндокринных желез, крови, пороки сердца. Описываются нарушения психики, обусловленные отравлением трициклическими антидепрессантами, барбитуратами, антихолинергическими препаратами, бензином, растворителями, алкоголем, ацетилсалициловой кислотой, гормональными препаратами (кортикостероидами, АКТГ), марганцем и др. Травматические поражения мозга (сотрясения, ушибы и реже открытые травмы) также могут оказаться причиной острых психических нарушений.

Связать возникновение обсуждаемых расстройств с одной-единственной причиной, действующей на организм, очень трудно. «Нельзя выделять один главный фактор, и тем более единственный, и свести к нему этиологию явления» [Давыдовский И. В., 1962]. Экзогенному психическому расстройству обычно предшествуют факторы, ослабляющие организм, ухудшающие его реактивность. К их числу относят особенности конституции, иммунной реактивности, повышенную ранимость определенных, например диэнцефальных, отделов мозга, эндокринно-вегетативные, сердечно-сосудистые расстройства, перенесенные воспалительные или

травматические повреждения мозга, многочисленные соматические заболевания, тяжелые моральные потрясения, перенапряжения, интоксикации, хирургические операции. Особенности воздействия экзогенного «причинного фактора» определяются его силой, темпом воздействия, качеством и особенностями взаимодействия предрасполагающих и производящих причин.

Для понимания *патогенеза* экзогенных нервно-психических расстройств учитывают значение развивающихся церебральной гипоксии, ацидоза, аллергии, нарушения мозгового метаболизма, изменение водно-электролитного баланса, гипопротеинемию, нарушение кислотно-щелочного состава спинномозговой жидкости и крови, повышение проницаемости гематоэнцефалического барьера, нарушение ликворообращения, сосудистые и дисциркуляторные изменения, отек мозга, дистрофические процессы в нервных клетках. Острые психозы с помрачением сознания возникают при воздействии интенсивных, но непродолжительно действующих вредностей, в то время как затяжные психозы, приближающиеся по клиническим проявлениям к эндогенным, развиваются при длительном влиянии вредностей более слабой интенсивности [Тиганов А. С., 1978].

В связи со сходством в общих чертах патогенеза всех экзогенных психических расстройств, а также из-за недостаточности наших знаний деталей этих особенностей для понимания патогенеза можно использовать имеющиеся данные по инфекционным психическим нарушениям.

Клиническая картина. Наряду со знанием выраженной клинической симптоматики врачу необходимо разбираться и в начальных или стертых проявлениях психических расстройств экзогенной природы, которые чаще всего встречаются при соматических заболеваниях. Умение распознать самые начальные признаки психических нарушений позволяет в большинстве случаев предупредить развертывание оформленных и тяжелых картин психических расстройств, а также уменьшить вероятность развития связанных с ними резидуальных (остаточных) органических нарушений.

Начальные признаки нервно-психических расстройств и препсихотические (неразвернутые) клинические картины расстройств экзогенного происхождения. *Нарушения ночного сна:* затруднение засыпания, беспокойный сон; снохождение (поднимается, садится в кровати, встает, ходит, двигает руками во сне); сноговорение (что-то бормочет, произносит нечленораздельные слова или фразы во сне); кошмарные сновидения; ночные страхи (просыпается, кричит, с испуганным лицом пытается бежать); бессонница; сонливость.

Астенические явления: головная боль; чувство разбитости; непереносимость внешних раздражителей (громких звуков, яркого

освещения; плаксивость; капризность; повышенная эмоциональная возбудимость; легкая истощаемость аффекта; быстрые переходы от слез к радости и наоборот; чувство внутреннего беспокойства; повышенная утомляемость при физической и психической нагрузке; ослабление памяти; расстройство внимания (затруднение сосредоточения, легкость отвлечения, сужение объема внимания).

Эмоциональные расстройства: пугливость; страхи (темноты, остаться одному в комнате, животных, чужих людей); тревожность (переживание неопределенной опасности, душевного дискомфорта); дистимии (недовольное, гневливое или раздраженное состояние); мрачное, угрюмое настроение; благодушие; эйфория (чувство довольства, немотивированной радости); экзальтация (чрезмерная восторженность); субдепрессия или депримированность (стойкое сниженное настроение); апатия (безразличие).

Расстройства произвольной деятельности: снижение активности (двигательной, игровой) до ее полного исчезновения («ничего не хочу делать», «буду лежать»); разные степени двигательной расторможенности (от суетливости до двигательного беспокойства).

Идеаторные нарушения: мнительность, подозрительность, ипохондричность (преувеличение имеющихся страданий), легкость возникновения навязчивых и сверхценных идей («вредят, пугают, обижают; бросают родители, нарочно держат в больнице»).

Расстройства восприятия: иллюзорное восприятие окружающих людей, неодушевленных предметов и явлений, в том числе обознавание в лицах, фантастическое усложнение реальных узоров (обоев, ковров и т. д.); галлюцинации – при засыпании, пробуждении, в бодрствующем состоянии (устрашающие видения, пугающие звуки и шепот, неприятные прикосновения); психосенсорные расстройства – искаженное восприятие величины, формы, количества реальных предметов или их частей («удвоение игрушки», «мама маленькая», «стенки шкафа перекосило»); расстройства схемы тела («язык не помещается во рту»; «голова распухла», «ножки длинные»); оптико-вестибулярные расстройства («пол качается», «стены рушатся», «потолок падает»); деперсонализация («все вижу как в тумане, как во сне, иначе», «исчезли чувства, потеряли остроту, притупились», «как будто совсем не сплю»); сенестопатии – мурашки, покалывания, онемения и др.

Расстройства сознания: легкие степени оглушенности (затруднения понимания обращенной речи и формулирования собственных переживаний, затрудненность и односложность ответов после продолжительной паузы, неточность ориентировки); субделириозные состояния (кратковременные эпизоды страхов, тревожности, сочетающиеся с расстройствами восприятия и двигательным беспокойством).

Пароксизмальные проявления: приступы тонических мышечных сокращений и клонических судорог с потерей сознания; приступы

вздрагивания конечностей или всего тела с изменением или без изменения сознания.

Перечисленные нервно-психические нарушения завершаются обычно легкими астеническими явлениями и затем выздоровлением, совпадающим или следующим за исчезновением соматических симптомов основного заболевания. Они могут быть мимолетными и ликвидироваться без перехода в другие нервно-психические проявления. Наконец, возможен менее благоприятный исход, когда вслед за описанными начальными проявлениями развертываются симптомы более или менее выраженных психических расстройств. Последние могут быть оформлены в виде нижеследующих синдромов.

Синдромы экзогенных (соматогенных) нервно-психических расстройств. *Оглушение* характеризуется затрудненным восприятием внешних раздражителей, отсутствием реакций на тихую речь, появлением лишь ориентировочной реакции на нормальную по интенсивности речь при возможности ответов лишь на громко заданные вопросы. На другие раздражители – звук, свет, запахи, прикосновения – больной реагирует также в зависимости от их силы. Мыслительный процесс затруднен, что обнаруживается при оценке как настоящих, так и прошлых событий, а также своего состояния. Ориентировка в месте и времени расстроена. Продолжительность оглушения различна – от нескольких секунд (например, при отравлении, травматическом повреждении головного мозга) до нескольких месяцев (при длительной интоксикации, хроническом заболевании).

Делирий проявляется в относительно кратковременном (от нескольких минут до нескольких дней) галлюцинаторном помрачении сознания, в котором преобладают истинные, яркие зрительные, а иногда тактильные и слуховые галлюцинации и иллюзии, образный бред, двигательное возбуждение, дезориентировка в окружающем и во времени.

Аментивная спутанность, или чаще встречающаяся у детей и подростков *астеническая спутанность,* отличаются бессвязностью мышления и речи, растерянностью, аффектом недоумения, крайней отвлекаемостью внимания. При нередко возникающем речевом возбуждении – выкрики из отдельных слов или фраз. Восприятие и реакции замедленны. Отмечается нарушение ориентировки не только в месте, времени, но и нередко в собственной личности. Может быть психомоторное возбуждение, иногда сменяющееся заторможенностью, достигающей в некоторых случаях ступора. Разница между аментивной и астенической спутанностью в том, что последняя характеризуется менее глубокой дезориентировкой и временами сменяется более или менее выраженным прояснением сознания, во время которого больной способен сосредоточиться и ответить на некоторые вопросы с тем, чтобы, истощив-

шись в беседе, опять вернуться в прежнее состояние. Продолжительность спутанности значительна, она составляет несколько недель или даже многие месяцы.

Эпилептиформное возбуждение — остро развивающееся и кратковременно продолжающееся (десятки секунд—десятки минут) расстройство сознания с резким возбуждением и страхом. Больной мечется, убегает от мнимых преследователей, выкрикивает одно и то же, переживает страх, который отражается в его мимике. Возбуждение может внезапно смениться сопорозным сном или спутанностью.

Острый галлюциноз — состояние, характеризующееся преобладанием в клинической картине вербальных (словесных) галлюцинаций и сопровождающееся растерянностью, страхом, тревогой. Галлюцинаторные переживания, как правило, усиливаются в ночное время. Обычно продолжается в течение нескольких дней, реже недель.

Онейроид проявляется полной отрешенностью больных от окружающего, впечатляющим содержанием возникающих в воображении сценических переживаний, сказочных, фантастических событий. Эти переживания возникают на фоне резкой заторможенности или растерянно-суетливого возбуждения, причем преобладающий аффект может сменяться — от страха, тревоги до экстаза (напряженно переживаемого восторга, блаженства). Онейроид длится несколько дней или недель, но может быть и более продолжительное время.

Депрессия, т. е. глубоко сниженное настроение, может сочетаться с заторможенностью течения мыслей, моторных проявлений, с постоянной, усиливающейся к вечеру астеничностью, либо с возбужденностью, тревожностью, многоречивостью и слезливостью.

Депрессивно-параноидное состояние выражается сочетанием депрессии с вербальными галлюцинациями, бредовыми идеями (ипохондрическими, малоценности, виновности, преследования, воздействия и др.), астенией.

Галлюцинаторно-параноидное состояние характеризуется бредом преследования, вербальными галлюцинациями, иллюзиями, ложными узнаваниями, астенией.

Апатический ступор проявляется обездвиженностью, аспонтанностью (падением активности), чувством апатии (безразличия), безучастности к происходящему вокруг и к своему собственному состоянию.

Маниакальное состояние — необычно веселое настроение, с многоречивостью, чрезмерной активностью, отвлекаемостью, иногда с бредовыми переживаниями своей исключительности, нарушениями сознания.

Преходящий корсаковский синдром — тяжелое расстройство памяти на события настоящего времени, сочетающееся с обманами

памяти: конфабуляциями (вымыслами) и псевдореминисценциями (перенесениями пережитых событий во времени), дезориентировкой при относительно лучшей сохранности воспоминаний на события отдаленного прошлого.

Состояние эмоционально-гиперестетической слабости отличается астенией (психической и физической слабостью), выраженной лабильностью аффекта, непереносимостью даже незначительного эмоционального напряжения, громких звуков, яркого света, утомляемостью, истощаемостью, крайне неустойчивым вниманием, ослабленной памятью. В таком состоянии больные кажутся потерявшими свои знания и навыки, они плохо и с большим трудом соображают, раздражительны, вялы, апатичны или подавлены, отмечаются слабость, нарушение аппетита и сна.

Каждый из представленных здесь синдромов может встретиться при любом из острых экзогенных психических расстройств. Однако необходимо отметить имеющееся своеобразие при некоторых заболеваниях.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОБЩИХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ИНФЕКЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Нервно-психические расстройства при гриппе у детей встречаются чаще, чем при других острых инфекционных заболеваниях, и возникают главным образом не на высоте температуры, а спустя 2—7 дней или даже 2 недели. Клинические проявления описывают в двух разновидностях. При одной из них на фоне выраженной астении с адинамией, извращением сна, сонливостью развиваются дереализация, гипнагогические галлюцинации, грезоподобные состояния и, наконец, онейроидное состояние. Для другой разновидности характерно неустойчивое расстройство настроения с депрессивной окраской (страх, тоска), эмоциональной лабильностью, раздражительностью, истощаемостью, а также вегетативные нарушения (чувство сжатия сердца, давления в груди, жара, холода). Течение обеих разновидностей либо затяжное, либо в форме коротких вспышек.

Для гриппозных психических расстройств, по мнению Г. Е. Сухаревой (1974), характерны синдромы нарушения сна, эпизодические онейроиды и делирии, а также аффективные нарушения с

выраженной эмоциональной гиперестезией. По нашим наблюдениям, гриппозные психозы оформляются главным образом в виде нарушений сознания: астенической или реже аментивной спутанности и значительно реже в форме онейроида, сноподобного оглушения и делирия, сменяющихся астенией. Наиболее общие особенности этих расстройств сознания — в колебании интенсивности их («мерцании»), в содержательности переживаний и близости их личности больного [Исаев Д. Н., 1960].

10 лет. В 2-месячном возрасте была пневмония; в 3 года — корь в тяжелой форме, после которой осталось косоглазие. Перенесла вирусный грипп с температурой 39–40 °С, незадолго до чего узнала, что она «подкидыш». В течение 3 дней на фоне лихорадки отмечался страх, двигательное беспокойство, казалось, что «поднимет палец, и кровать улетит», видела какие-то фигуры, чертей. Они были черные, полосатые, с противными мордами, рогами, хвостами и что-то говорили. Головная боль, появившаяся в острый период, продолжалась некоторое время после снижения температуры. Через 7 дней пошла в школу, однако спустя 4 дня вновь появилась головная боль, окружающие предметы стали восприниматься уменьшенными, маленькими были буквы в книге, лицо матери казалось удлиненным, ее глаза превращались в точки. Слышала голоса, которые подгоняли ее: «Быстро, быстро», особенно когда ей было поручено какое-нибудь дело. Эти слова звучали в ушах то на высоких, то на низких тонах. Голову сжимало, казалось, что она уменьшается в размерах. При длительном рассмотрении предметы уходили вдаль, а затем и вовсе исчезали. Было очень страшно. В это время усилилось косоглазие. Понимала свое болезненное состояние, обращалась к врачу за помощью. Будучи в клинике, продолжала посещать класс, была приветливой, исполнительной. Примерно через 7—8 недель исчезли слуховые галлюцинации, а вскоре и психосенсорные расстройства. Еще некоторое время повторялись приступообразные головные боли, дольше всего сохранялась утомляемость. На рентгенограмме черепа — отложение извести в серповидном отростке твердой мозговой оболочки. ЭЭГ выявила пароксизмальную активность с дисфункцией глубинных структур.

Как видно, больная перенесла делирий, а затем, после светлого промежутка,— галлюциноз в сочетании с психосенсорными расстройствами. В раннем детском возрасте был коревой энцефалит, о чем можно предполагать по степени тяжести заболевания и по развившемуся вслед за ним косоглазию. Такой анамнез при заболевании тяжелой формой гриппа должен был мобилизовать врачей на предотвращение повторного поражения ЦНС назначением транквилизаторов, нейролептиков, дезинтоксикационных и дегидратирующих средств. В связи с тем, что эти меры не были приняты, развился психоз, отдаленный прогноз которого неясен, так как и в клинической картине, и на ЭЭГ имеются данные за органическое поражение мозга.

У некоторых детей раннего и младшего дошкольного возраста грипп может осложняться судорожными припадками, тетанией, что связывается с наследственной судорожной готовностью, выявляемой вирусным заболеванием.

У старших детей «гриппозная эпилепсия» встречается редко, ее клиническая картина характеризуется своеобразием пароксизмов, при которых на первый план выступают страх, дереализация, оптико-вестибулярные расстройства, нарушения схемы тела, насильственные и ипохондрические переживания. Происхождение этих приступов объясняют гриппозным поражением диэнцефальной области. По другим данным, опасность гриппа для дошкольников в более частом возникновении у них гриппозного энцефалита, протекающего атипично и тяжело. Грипп также может провоцировать шизофрению, симптоматика которой вначале очень напоминает экзогенные психотические расстройства.

Психические нарушения при скарлатине зависят от стадии заболевания. В продромальном периоде нередки эйфория, двигательное возбуждение, затем – оглушенность, сонливость. На высоте заболевания (обычно ночью) – сновидно-делириозные состояния, психосенсорные расстройства («ноги врастают в постель», «тело тяжелое», «голова пустая»). При тяжелых септических формах могут быть выраженные делирии с двигательным возбуждением. После длительного лихорадочного периода болезни иногда возникают аментивные состояния со зрительными галлюцинациями. В период реконвалесценции отмечаются астенодепрессивные состояния с бредовой настроенностью. В редких случаях после исчезновения основных симптомов скарлатины остаются явления астении, иногда сочетающейся с депрессией, ипохондрией, развиваются изменения характера, появляется психопатоподобное поведение.

В картинах **психозов при пневмонии**, протекавшей с субфебрильной температурой, Боднянская Н. Н. (1973) наблюдала у большинства больных состояния расстроенного сознания: астеническую спутанность, делириозно-аментивный синдром в сочетании с оглушением и астенодепрессивные расстройства.

Психические изменения у детей и подростков в связи с острыми инфекционными заболеваниями вне зависимости от этиологии проявляются преимущественно в виде синдромов расстроенного сознания: пределириозных, делириозных и аментивных состояний, а также разных степеней оглушения. При делирии у детей младшего возраста преобладают яркие иллюзорные переживания, у подростков – галлюцинации общего чувства с параноидными восприятиями, расстройства психосенсорного синтеза и онейроидные переживания. При аментивных состояниях отмечаются лабильность и изменчивость психопатологической симптоматики, преобладание кратковременных психотических приступов по типу астенической спутанности и эпизодов с расстройством осмысливания в сочетании со ступорозными явлениями и оглушением. Редко встречаются выраженные аменции с волнообразным течением. Кроме синдромов с изменением сознания наблюдаются тяжелые

астенические состояния с расстройством аффективности. При психозах, вызванных острыми инфекционными заболеваниями, имеется непосредственная и тесная связь психических изменений с инфекцией, а также и благоприятный прогноз.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Ревматизм. Астенические состояния с затрудненным засыпанием, очень повышенной чувствительностью к звукам, яркому свету могут предшествовать развитию выраженных психозов. При первых приступах ревматизм может проявиться в форме обмороков, висцеровегетативных кризов, что связано с нарушением мозгового кровообращения и реакцией диэнцефально-лимбических структур.

Дальнейшее его течение знаменуется своеобразным астеническим синдромом, на фоне которого развиваются: а) моторные расстройства: замедленность, меньшая ловкость движений, подергивания, двигательное беспокойство, насильственные действия; б) сенсорные расстройства: удвоение окружающих предметов, приближение или удаление их, восприятие цветных шаров, ощущение падения, проваливания, изменение вкусовых ощущений, нарушение восприятия собственного тела (отчуждение рук, ощущение присутствия кого-то рядом); в) эмоциональные расстройства: раздражительность, вспыльчивость, немотивированная плаксивость, обидчивость, тревожность [Деянов В. Я., 1962]. Выраженные ревматические психозы чаще всего оформляются в картине онейроидных или депрессивных синдромов. У некоторых детей возникает ипохондрическое развитие личности. В этих случаях ребенка «словно подменили», он весь уходит в болезнь, требует посчитать его пульс, долго рассказывает о своих ощущениях. У других детей преобладающими нарушениями оказываются аффективная лабильность или аффективная неустойчивость со склонностью к эмоциональным разрядам. Возможно развитие психопатоподобного поведения.

При **малой хорее** также возможно появление астенических явлений, угнетенного настроения, вспыльчивости, которые могут смениться тревогой или реже эйфорией. Крайне редко возникают пароксизмальные расстройства сознания с психомоторным возбуждением. Из психотических синдромов описаны параноидные эпизоды и сноподобно-ступорозно-депрессивные состояния.

Психические изменения при **системной красной волчанке** могут быть в форме астенического синдрома в начальной стадии заболевания, депрессивных и маниакальных состояний в течение

самого заболевания. Выраженные психотические расстройства проявляются нарушением сознания (оглушенностью, спутанностью) с расстройствами восприятия и меняющимся аффективным фоном.

При **туберкулезе** у детей и подростков наблюдались состояния стойкой физической и психической астении. Редкие психозы возникали при туберкулезе легких, головного мозга, костей и мезодените. Они были в форме аменции, сновидно-делириозных переживаний, галлюциноза с рецидивирующим течением, астенопараноидного, сенестопатически-ипохондрического маниакального, кататонического и эпилептиформного синдромов.

Особенности психических нарушений при **бруцеллезе** зависят от течения основного заболевания. При остром течении выявлены психические нарушения двух типов: 1) кратковременные, внезапно наступающие делирий, нарушения психосенсорного синтеза, астения, депрессия или эйфория; 2) полиморфные психопатологические синдромы: аментивноподобные, гебефренные и депрессивные. При вяло текущем бруцеллезе встречаются астения с гиперпатией, астеноипохондрические, амнестические, шизофреноподобные, психопатоподобные состояния и эпилептиформные расстройства. При поздних рецидивах заболевания могут быть маниакальные и депрессивные синдромы, сумеречные состояния сознания, шизофреноподобные синдромы с рецидивирующим течением.

В клинической картине психозов, возникших у детей и подростков в связи с хроническими инфекционными заболеваниями, чаще всего встречаются психопатологические симптомы, при которых отсутствует нарушение сознания: шизоформный, галлюцинаторно-параноидный, кататонический, синдром Кандинского— Клерамбо. Почти не встречается делириозное расстройство. В периоде реконвалесценции отмечаются снижение интеллекта, эпилептический синдром, патологическое формирование характера, синдром расторможенности. Отсутствует прямая зависимость возникновения психопатологической симптоматики от инфекционного заболевания во времени, длительность и рецидивирующий характер течения, а также не всегда благоприятный прогноз. Эти психозы возникают как следствие сложного комплекса причин, в дальнейшем развиваются по своим собственным закономерностям. Они отличаются полиморфизмом клинической картины и могут «имитировать» все возможные варианты шизофрении и аффективных психозов, что вызывает нередко диагностические трудности.

Психические нарушения при СПИДе разнообразны. Это могут быть и невротические реакции, и органические поражения головного мозга. Вирус СПИДа поражает центральную нервную систему. Его воздействие в этом направлении проявляется задолго до возникновения явной симптоматики (в течение от 1 месяца до 5 лет). У больных появляется апатия, нарушения сна, ухудшается

работоспособность, снижается настроение, сужается круг общения. Возникновение лихорадки, обильного ночного пота, диареи, пневмонии сопровождается более выраженными психическими нарушениями. Осознание поставленного диагноза нередко сопровождается депрессией с суицидальными мыслями и намерениями. Возможно возникновение навязчивых расстройств: страхов смерти, воспоминаний о ситуациях возможного заражения, опасений заразить близких. Почти одновременно появляются дисфории, аффективная взрывчатость, гневливость, агрессивность, эпилептиформные припадки, свидетельствующие об органической природе возникающих психических нарушений. Довольно часто появляется тревога, сочетающаяся с ажитацией, гневливостью, нарушением сна, анорексией. С развитием заболевания симптомы органического поражения болезни становятся более выраженными. Появляются расстройства сознания (делирий, галлюциноз), бредовые и аффективные синдромы. У большинства больных развивается слабоумие, которое является следствием диффузного, подострого энцефалита, менингеальной и церебральной лимфомы, церебральных геморрагий или артериитов. Тяжесть слабоумия в течение нескольких недель или месяцев усиливается. Подавляющее большинство больных через несколько лет умирает.

Лечение. В зависимости от имеющегося синдрома используются транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики. Однако из-за большой чувствительности больных к любым лекарственным средствам их назначают в малых дозах. В связи с неизлечимостью СПИДа психотерапия показана не только больным, но и тем, кто их окружает.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В СВЯЗИ С МОЗГОВЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ (НЕЙРОИНФЕКЦИЯМИ)

Нейроинфекции характеризуются тем, что при них преимущественно поражается центральная нервная система и имеются клинические проявления, отражающие эту локализацию. В связи с изменением в последнее время клинической картины нейроинфекций они стали протекать со стертой симптоматикой. Легкие головная и мышечные боли, нарушения сна, чувство разбитости, снижение аппетита, падение работоспособности могут быть началом любого заболевания: легко и самостоятельно проходящего или серьезного (менингита, энцефалита). При энцефалитах и менингитах особенности психических проявлений определяются типом возбудителя, локализацией его действия (в менингеальных оболочках, в мозговой ткани), патогенезом (первичный или вторичный энцефалит), видом патологического процесса: гнойное или

серозное воспаление в оболочках мозга, пролиферативный и альтеративный энцефалит. Тяжесть симптоматики и особенности течения (острое течение или затяжное) зависят не только от вирулентности возбудителя, но и от дополнительных иммунологических, гормональных, диетических и других факторов, а также от способности вырабатывать интерферон.

Наиболее часто встречающаяся симптоматика при нейроинфекциях относится к синдромам расстройства сознания: сомноленции, оглушению, сопору, коме, делирию, аменции, сумеречному расстройству. Обычно симптоматика сменяется и иногда чередуется. Острое начало нейроинфекции наиболее часто знаменуется высокой температурой, повышением внутриглазного давления, которые переходят в кому или делирий, а затем, спустя несколько часов, могут смениться нарушениями памяти, аффективными расстройствами, отсутствием критического отношения к заболеванию. Психическим расстройством в начале нейроинфекции может быть аментивная или менее глубокая спутанность сознания, которая в дальнейшем перейдет в делирий, особенно при резком падении температуры, гемодинамических нарушениях, коллапсе. При менингитах и энцефалитах с преимущественной локализацией поражения на основании мозга нередко развивается преходящий или стойкий амнестический симптомокомплекс (корсаковский синдром). Другим непосредственным следствием нейроинфекции могут стать те или иные варианты органического психосиндрома. Появляющиеся тревожность, депрессивная замкнутость, ипохондричность, переживание собственной несостоятельности и другие симптомы непсихотического уровня могут быть следствием реагирования личности.

Бактериальные нейроинфекции. При *энцефалитах стрептококкового, стафилококкового, пневмококкового, гонококкового происхождения* воспаление мозговой ткани сочетается с геморрагиями, иногда эмболиями и микроабсцессами. Возникает отек разной степени выраженности и негнойное размягчение мозга. При поражении менингеальных оболочек появляется ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского, головные боли, рвота. Очаговая симптоматика встречается не во всех случаях. Психические нарушения наблюдаются в форме различных расстройств сознания (спутанность, кома), эпилептиформных припадков.

Гнойные менингиты вызываются главным образом менингококками, пневмококками, гемофильной палочкой Пфейффера, стафилококками, а также кишечной палочкой, сальмонеллой, синегнойной палочкой, грибами. Как правило, это острые заболевания с лихорадкой, сильной головной болью, рвотой, ригидностью затылочных мышц, симптомом Кернига, болями в животе, симптомами поражения черепно-мозговых нервов и т. д. В спинномозговой жидкости — плеоцитоз, повышение уровня белка, снижение

содержания сахара. Психические нарушения в форме нарастания беспомощности, светобоязни, сонливости, расстройства сознания (различных степеней оглушения до комы, реже делирия) и судорожных припадков.

Энцефалиты вирусные могут иметь острое, подострое и хроническое течение. У детей наблюдаются расстройства сознания, лихорадка, беспокойство, судороги и повышение внутричерепного давления. При остром течении часто появляются нарушения сенсорного синтеза, потеря приобретенных навыков: координированной походки, самообслуживания, речи, способности читать и писать. Характерны также тяжелые общие и неврологические расстройства. Среди остаточных явлений наиболее обычны спастические моно- и гемипарезы, расстройства чувствительности, нарушения зрения и функций черепномозговых нервов, экстрапирамидные нарушения, афазии и судорожные припадки. Кроме того, могут возникнуть изменения поведения, снижение способности к обучению и воспитанию и в некоторых случаях — грубые нарушения интеллектуального функционирования.

Эпидемический паротит может вызывать легкий асептический менингит, особенно у детей 5—9 лет. Энцефалит обычно при этом легкий, но иногда осложняется слепотой, мозжечковой атаксией.

Примером вторичного *энцефалита* может быть также *коревой*, при котором в момент завершения высыпания на фоне уже снизившейся температуры тела возникает ее новый подъем, развивается сначала вялость, сонливость с двигательным возбуждением, а затем возможно появление глубокого помрачения сознания — сопора и даже комы, с гиперкинезами, а у младших детей и судорожными явлениями. Могут быть остаточные явления в форме параличей, слепоты, судорожных явлений.

Клещевой энцефалит, как правило, протекает двумя фазами. Вначале наблюдается резкий подъем температуры, сильные головные и мышечные боли, иногда рвота и боли в животе. Через 3—10 дней на фоне аналогичных симптомов развивается менингоэнцефалит, сопровождающийся оглушением или делирием, реже аменцией. Часто встречаются тремор, нистагм, парезы, расстройства мочеиспускания, экстрапирамидные нарушения.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Для подавляющего большинства случаев соматогенных психических расстройств характерны либо «чистые» астенические симптомокомплексы, либо возникающие на их фоне другие синдромы. Этими синдромами могут быть депрессивные (подавленность,

плаксивость, чувство безысходности), апатические (безразличие, вялость), ипохондрические (сосредоточенность на своем соматическом состоянии, неверие в выздоровление), истерические (привлечение к себе максимума внимания в связи с болезнью), фобические (страх перед резким ухудшением соматического состояния), эйфорические (немотивированное веселье) и другие.

Астения, лежащая в основе этих расстройств, обычно проходит ирритативную, апатическую и атоническую стадии. В первой из них, характеризующейся раздражительностью, тревожностью, могут возникнуть нарушения восприятия: галлюцинации, иллюзии, необычные телесные ощущения, бредовое толкование окружающего и своего состояния, а в наиболее тяжелых случаях — расстройства сознания: астеническая спутанность или делирий. Для апатической стадии, отличающейся вялостью, равнодушием к своему заболеванию и окружению, бедностью мыслительных процессов, падением активности, более свойственны деперсонализация, менее яркие и чувственные галлюцинации, бредовые идеи и расстройства сознания в форме онейроида или спутанности. Если наступает атоническая стадия, то развивается апатическое состояние, которое в тяжелых случаях может достигать степени выраженной оглушенности.

Нервно-психические расстройства у детей и подростков при ожоговой болезни описаны в зависимости от ее стадий. Во время ожогового шока на первом этапе отмечаются острые аффективные шоковые реакции, чаще в форме двигательной бури, на следующем этапе наблюдаются расстройства сознания в форме оглушенности, аментивно-делириозных эпизодов и судорожные состояния. На этапе токсемии преобладают такие расстройства сознания, как астеническая спутанность, делириозно-онейроидные эпизоды, тревожно-депрессивные, депрессивно-фобические и деперсонализационные состояния. В период септикотоксемии обнаруживается энцефалопатия с тревогой, раздражительностью, страхом, реакциями протеста и отказа. В периоде выздоровления поражение ЦНС осложняется психоэмоциональными факторами (переживанием своего состояния и возможных последствий), в результате возникают астения, депрессия, ипохондрические и обсессивно-фобические проявления. После выздоровления (спустя 6—12 мес.) наиболее частое явление — церебрастения с вегетативной нестабильностью, расстройствами сна, эмоциональными и поведенческими нарушениями. У большинства детей на фоне депрессии возникает дисморфофобия [Зильберман И. А., 1988; Шадрина И. В., 1991; Буторина Н. Е. и др., 1990].

Интоксикационные психотические расстройства. Распространение бытовой химии, широкое использование и хранение дома лекарственных средств и алкогольных напитков таит в себе опасность случайного их приема детьми. Нередко такие отравле-

ния приводят к психическим расстройствам и оказываются тем опаснее, чем меньше ребенок и больше доза принятого средства. Другая из возможных причин интоксикационных психозов – необычная чувствительность ребенка к лечебным дозам препарата, случайная его передозировка. Известны психозы, вызванные атропином, циклодолом, преднизолоном, АКТГ, фенамином, антидепрессантами (изониазидом, ипразидом), мумиё и другими средствами.

Холинолитические препараты (атропин) способны вызвать у детей кому с последующим развитием онейроида или делирия, а у младших детей – отдельные галлюцинаторные эпизоды [Федотов Д. Д. и др., 1976]. При возникновении психических расстройств от лечебных доз этих препаратов возможны астеновегетативные нарушения [Буторина Н. Е. и др., 1973]. Лечение гормоном кортизоном в некоторых случаях приводит к депрессивнопараноидному состоянию с кататонической симптоматикой. Наблюдавшаяся нами девочка 13 лет длительно лечилась преднизолоном по поводу тотальной алопеции (облысения). В процессе терапии у нее развился онейроидно-кататонический синдром, который, несмотря на отмену гормонотерапии, сохранялся в течение нескольких недель.

Другая возможность развития интоксикационных психических расстройств – употребление различных веществ, модных в определенных группах подростков. В связи с любопытством, с желанием приобщиться к группе, завоевать авторитет или по принуждению дети и подростки принимают алкоголь, лекарства (димедрол, циклодол, азафен и др.), вдыхают пары клея, растворителей, бензина. Естественно, что при этом появляется опасность интоксикации и психических расстройств. А. Е. Личко, В. С. Битенский (1991) описали у подростков психозы, вызванные алкоголем, циклодолом, димедролом, амфетамином, эфедрином, кокаином, гашишем. Они указывают на возможность возникновения делириозных расстройств, галлюцинозов, онейроидов и параноидов в результате злоупотребления этими препаратами.

Приведем пример интоксикационного психоза – делирия, развившегося у 14-летнего подростка после выпитого вина с таблетками димедрола. Ночью на фоне бессонницы и резкого страха он увидел мужчин, которые влезли через балкон, ходили по комнате, размахивали дубинками, хотели избить отца. Он стал разговаривать с пришельцами, и они ушли в дверь. На кухне видел двух школьников, а в комнате появились крокодилы и медведи, плясавшие в течение некоторого времени перед ним. Сбрасывал с себя жучков и белых червей. Наутро правильно ориентировался в обстановке, но был эйфоричным, возбужденным и вначале не понимал болезненности пережитого. Через несколько дней полностью восстановилось правильное поведение и критическое отношение к психотическому эпизоду.

Интоксикационные психозы у детей не всегда столь кратковременны. В одном из наших наблюдений мальчик 14 лет в связи с отравлением бензином на фоне возникшего страха увидел колдунью, а сзади нее — кресты, поля, вокруг вилась липкая желтая лента. Колдунья дотрагивалась до больного, что усиливало страх. Он прислушивался, улавливал какие-то голоса, содержание которых не мог разобрать. Вокруг мелькали тени. Такое состояние повторялось в форме эпизодических обострений в течение более чем двух месяцев, в последующем некоторое время сохранялись тревожность, беспокойство, яркая вегетативная симптоматика, нарушение сна. Полное выздоровление последовало лишь после длительного лечения в больничных условиях. Возможно, что неблагоприятное течение психических расстройств в этом случае объясняется легкой органической неполноценностью, обусловленной осложненным пренатальным развитием и проявлявшейся отставанием развития речи, крайне слабой успеваемостью, неустойчивым асоциальным поведением. Определенную роль могла сыграть и неблагоприятная семейная обстановка.

ТИПЫ ТЕЧЕНИЯ И ПОСЛЕДСТВИЯ ЭКЗОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

На модели инфекционных психозов С. С. Мнухин (1963) выделил четыре основные формы течения экзогенных нервно-психических расстройств.

Первая форма — однократная, однотипная по структуре, кратковременная психотическая вспышка (оглушенность, делириозный эпизод).

Вторая форма — однократный, однотипный по структуре, продолжительный и устойчивый психотический приступ (тревожное, тревожно-бредовое, онейроидное состояния).

Третья форма — периодическое течение, характеризующееся многократным повторением однотипных клинических картин (например, делириозно-онейроидных).

Четвертая форма — чередование разнородных психотических состояний, например тревожных, апатоабулических и нелепоэйфорических (волновое течение).

Три первые формы течения отличаются вполне благоприятными исходами с отсутствием каких-либо резидуально-органических расстройств и в конечном итоге полным выздоровлением. Лишь при периодическом течении под влиянием дополнительных вредностей в дальнейшем могут повторяться отдельные приступы. При волновом типе течения даже после первых приступов выявляются дефекты психики органического типа, преимущественно в эмоцио-

нально-волевой сфере [Мнухин С. С., Богданова Е. И., Исаев Д. Н., 1963].

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ. *У детей раннего возраста* после инфекций, интоксикаций, контузий, алиментарных дистрофий, тяжелых истощающих заболеваний могут утрачиваться приобретенные навыки. Эти нарушения держатся в течение недель или месяцев, а затем медленно восстанавливаются. При этом дети могут терять навыки ходьбы и речи, понимания речи, способность узнавания окружающих лиц и предметов, способность самостоятельно есть, проявлять самозащитные реакции; они становятся неопрятными, ни на что не реагируют, издают нечленораздельные звуки. Такие состояния расцениваются как слабоумие. Однако в большинстве случаев они оказываются преходящим угнетением мозговой деятельности, которое держится в течение недель или месяцев. Затем наступает медленное восстановление утраченных навыков. Ребенок как бы заново овладевает тем, что уже умел ранее. По прошествии этого периода у большинства детей выявляются остаточные (резидуальные) нарушения в виде различных степеней психического недоразвития, изменений личности или различного рода припадков [Барыкина А. И., 1954].

Особенности протекания экзогенных психических расстройств и у старших детей зависят от возраста. Мы [Исаев Д. Н., Александрова Н. В., 1983] изучили влияние этого фактора на трех группах детей 3—7, 7—12, 12—14 лет, перенесших инфекционные психозы. Частота выраженных психозов у дошкольников незначительна в сравнении с более старшими детьми; в большинстве случаев они развивались у детей с патологией пре- и перинатального периодов, проявлявшейся в форме невропатии или энцефалопатий. Ослабленность предшествующими соматическими заболеваниями чаще была отмечена у детей дошкольного возраста. У младших школьников часто до развития психозов встречались невротические расстройства, а среди подростков многие имели выраженные акцентуированные черты характера. Младшие школьники, как правило, заболевали в связи с перенесением «цепочки» инфекционных и соматических заболеваний.

У дошкольников в подавляющем большинстве случаев наблюдаются делириозные эпизоды, астенические же проявления редуцированы, кратковременны и относительно редки.

У младших школьников преобладают аффективные и астенические проявления: тревожные, тревожно-галлюцинаторные, тревожно-ипохондрические, астенодепрессивные, астеноипохондрические. Чем старше дети этой группы, тем ближе симптоматика к той, которая наблюдается у подростков. Синдромы расстроенного сознания встречаются у них в два раза реже, чем у дошкольников, и более продолжительны. Психозы у *подростков* отличаются преобладанием выраженных и разнообразных синдромов расстроенного

сознания: делирия, онейроида, астенической или реже аментивной спутанности, которые протекают более длительно и нередко повторяются. У них чаще отмечается самостоятельный или сочетающийся с другими состояниями развернутый астенический синдром.

Часто психические расстройства экзогенного происхождения остаются нераспознанными, и поэтому ничего не делается для предупреждения стабилизации этой патологии, ее утяжеления или повторного проявления. В то же время известно, что далеко не во всех случаях наступает полное выздоровление. В связи с этим необходимо учитывать факторы, препятствующие восстановлению психического здоровья, и добиваться нейтрализации или смягчения их действия. К числу этих факторов относятся наследственная отягощенность психическими и эндокринными заболеваниями, рано приобретенная органическая неполноценность ЦНС, истощенность многими соматическими болезнями в прошлом, ослабление непосредственно предшествующими психозу заболеваниями, невропатия, психопатические черты личности, неблагоприятные микросоциальные условия (неправильное воспитание, неадекватное отношение к ребенку) и др.

Лечение. Терапия начальных, неоформленных и выраженных психотических расстройств составляет вторичную профилактику, которая направлена на предупреждение затяжных или повторяющихся расстройств и главное – стойких резидуально-органических нарушений, для чего вмешательство должно осуществляться на самых ранних стадиях развития психических расстройств, соответствовать стадии и имеющейся симптоматике. При таком подходе резко повышается вероятность обрыва развивающихся расстройств.

При своевременной терапии острых начальных нервно-психических расстройств легче приостановить дальнейшее их развитие (например, в оформленный делирий), нежели их успешно лечить в дальнейшем. В этот период назначаются общие успокаивающие средства: холод на голову, теплые ванны (34–36 °С), препараты брома, транквилизаторы (феназепам, нитразепам), одновременно улучшающие сон. При появлении расстройств восприятия, гиперестезий, мерцающих нарушений сознания назначают внутримышечно диазепам (седуксен) по 2,5–3 мг 3–4 раза в день или внутривенно до 15–20 мг/сут. При нарастании тревоги и страха вводят аминазин, левомепромазин (тизерцин) внутримышечно по 25–75 мг/сут. Одновременно проводится лечение основного заболевания, в связи с чем, как правило, нецелесообразно таких больных переводить из соматических отделений в психиатрические. Важное место занимает также дезинтоксикационная терапия.

Более оформленные и продолжительные, например галлюцинаторно-бредовые, синдромы в связи с выраженными соматическими расстройствами предпочтительно лечить феноло-

ном (10—20 мг/сут.), тераленом (15—20 мг/сут.), меллерилом (тиоридазином) до 100—150 мг/сут., так как они лучше переносятся. Депрессивные состояния лечат азафеном (до 100 мг/сут.), амитриптилином, пиразидолом или мелипрамином (до 50—75 мг/сут.), депрессивно-бредовые состояния — антидепрессантами в комбинации с трифтазином или галоперидолом. Терапия эмоционально-гиперестетической слабости заключается в назначении общеукрепляющего лечения, больших доз витаминов, препаратов фосфора, аминалона, транквилизаторов (диазепама, триоксазина), психотонизирующих средств и психостимуляторов.

Вопросы для самостоятельной работы см. на с. 369.

Список рекомендуемой литературы см. на с. 369.

Глава 26
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ

Черепно-мозговые травмы у детей составляют 30% от общего количества полученных травм [Фрейдков В. И., 1972]. В анамнезе 24% подростков, госпитализированных в психиатрическую клинику, отмечены черепно-мозговые травмы [Личко А. Е., 1985]. Даже среди здоровых учеников 6–8-х классов у 5% обнаружена легкая травматическая церебрастения [Пивоварова Г. Н., 1978]. Не случайно Г. Е. Сухарева (1974) считает, что травматические повреждения головного мозга – одна из частых причин психических расстройств у детей. Это особенно относится к мальчикам школьного возраста. Черепно-мозговые травмы подразделяют на закрытые и открытые. При закрытой травме сохраняется целостность мягких тканей. Повреждения кожи и костей характеризуют открытую травму головы, которая при сохранности твердой мозговой оболочки называется непроникающей, а при ее повреждении – проникающей.

Тяжесть психических нарушений условно обозначается тремя степенями. Первая степень характеризуется отсутствием расстройства сознания или обнубиляцией, продолжающейся секунды. Может появиться общая вялость, сонливость, бледность кожных покровов, тахикардия, учащенное дыхание, однократная рвота, головная боль. Вторая степень проявляется глубоким нарушением сознания на несколько минут или легкой оглушенностью на многие часы с последующей ретроградной амнезией, иногда кратковременными судорогами, повторной рвотой, нистагмом, вестибуло-окулостатическими феноменами. При третьей степени кома сменяется сопором, продолжающимся более 30 минут, затем более легким оглушением, и все это может продолжаться неделями и даже месяцами. Возникает мышечная гипотония, нарушение ритма дыхания, сердечной деятельности, похолодание конечностей. Могут появиться тонические судороги, непроизвольное мочеиспускание, многократная рвота, сильная головная боль. Тяжесть нарушения сознания – существенный прогностический признак. Однако в ряде случаев отдаленные психические нарушения наступают и тогда, когда в момент травмы головы не было никакого нарушения сознания или оно было мимолетным.

Психические нарушения у детей и подростков вследствие сотрясений (коммоций) или ушибов (контузий) мозга в *начальном*

периоде выступают в форме нарушений сознания различной глубины – от легкой оглушенности до комы и последующей посттравматической астении. Непосредственно следом за травмой возникает рвота, иногда судорожные явления, психомоторное возбуждение. Невозможность фиксации событий в памяти приводит к отсутствию воспоминаний на период, следующий за травмой (антероградная амнезия), а иногда и на предшествующий период (ретроградная амнезия). Посттравматическая астения проявляется сочетанием раздражительности и истощаемости. Отмечаются головная боль, нистагм, головокружение, вегетативные нарушения. При преобладании раздражительности наблюдаются возбудимость, гиперестезия, нарушение сна, нередки также и вестибулярные расстройства. При превалировании истощаемости уменьшается способность к психическому и физическому напряжению, снижается настроение, появляются безразличие и вялость. Наблюдающиеся симптомы непостоянны, лабильны, колеблются в своей выраженности и продолжительности.

Обычно прояснение сознания происходит постепенно, и именно в этот период может развиться острый травматический психоз, характеризующийся сумеречным или делириозным помрачением сознания, астеническим оглушением, мориоподобным синдромом и реже онейроидом [Мнухин С. С., 1935; Личко А. Е., 1985]. Возможно также возникновение корсаковского синдрома, характеризующегося нарушением запоминания, амнезией, дезориентировкой, конфабуляциями, псевдореминисценциями, колебаниями настроения [Сухарева Г. Е., 1974]. Наблюдаются также затяжные психотические состояния с чередованием эйфории и психомоторного возбуждения с периодом вялости, адинамии, колебаниями ясности сознания, эпизодами сумеречного состояния. При этом продолжительность психотических расстройств составляет в среднем 6 недель. В менее тяжелых случаях в остром периоде наблюдаются расстройства настроения, тревога, страхи, обманы восприятия, повышенная истощаемость, иногда адинамия, эмоциональная гиперестезия, головная боль, головокружение, вегетативные нарушения.

Подострые и затяжные травматические психозы развиваются в *позднем периоде* (от 1 до 12 месяцев) или являются продолжением острых психозов. Обычно при этом выраженность психических расстройств уменьшается. Наряду с психотической симптоматикой могут возникнуть те или иные проявления психоорганического синдрома: астения, пароксизмальные нарушения. Отмечаются также ночные сумеречные расстройства (автоматизмы, страхи). В этом периоде, в особенности после тяжелых повреждений мозга, возможно появление или продолжение нарушений памяти в форме корсаковского синдрома. При этом у детей отмечается не только неспособность запомнить текущие события, но и отсутствие

воспоминаний на значительный период прошлого (ретроградная амнезия).

Психические нарушения *отдаленного периода* черепно-мозговой травмы впервые появляются спустя несколько лет после травмы или формируются из тех психопатологических расстройств, которые имели место в более ранние периоды. Чаще всего в этих случаях наблюдаются разнообразные формы травматической энцефалопатии. Так, травматическая церебрастения характеризуется преобладанием в ее клинической картине выраженной истощаемости и раздражительности, иногда достигающей аффективной взрывчатости. На этом фоне нередко возникают неврозоподобные расстройства с истерической, неврастенической, ипохондрической или депрессивной симптоматикой. Остаточные явления после травматических поражений головного мозга предрасполагают при попадании ребенка или подростка в трудные жизненные обстоятельства к возникновению психогенных, невротических или (значительно реже) психотических расстройств. Травматические поражения — также благоприятная основа для патологического формирования личности.

Травматическая энцефалопатия с психопатизацией отличается формированием патологических изменений личности (преимущественно в форме истерических черт, аффективной возбудимости, взрывчатости, агрессивности или двигательной расторможенности). На фоне энцефалопатии могут также возникать колебания настроения (дисфории) или циклотимоподобные реакции с субдепрессивными и реже гипоманиакальными проявлениями. Не является большой редкостью появление спустя полгода — 5 лет эпилептиформных пароксизмальных расстройств (травматической эпилепсии), проявляющихся в форме генерализованных, джексоновских, малых припадков, катаплексии или диэнцефальных пароксизмов. В отдаленном периоде после травмы иногда отмечаются аффективные психозы (периодические психозы) с депрессивной и значительно реже гипоманиакальной симптоматикой. Обычно они являются продолжением имевшихся ранее психозов. Сравнительно редко формируется травматическая деменция, которая, как правило, является следствием тяжелых поражений мозга (особенно его фронтально-базальных областей). Она также может быть завершающим этапом травматических психозов. Психоорганический синдром — частое последствие черепно-мозговых травм. Он проявляется ослабленностью психических функций, нарушением поведения, большой трудностью социальной адаптации и подверженностью декомпенсации под влиянием внешней вредности (инфекционной болезни, интоксикации) и психогенного стресса.

Х., 12 лет. Поступила в отделение в связи с трудным поведением, кражами, грубостью, раздражительностью и плохой успеваемостью. Девочка от первой нормальной беременности. Раннее развитие без

отклонений. В 1,6 года перенесла тяжелую дизентерию. Была беспокойной, бойкой, общительной. В 6-летнем возрасте упала с качелей на бетонированную площадку. Сотрясение мозга сопровождалось тошнотой и последующей астенией. В 7 лет ушиблась головой, упав с ледяной горки. Сразу появилась рвота, головная боль, сонливость. В последующем были неоднократные «снохождения». На ЭЭГ был отмечен комплекс «пик – волна 3 в секунду». В течение 1,6 года получала дифенин. С 7 лет поведение изменилось. Стала раздражительной, конфликтной, беспокойной. Школьная успеваемость была посредственной. В 6-м классе осталась на второй год. 3 года тому назад начала воровать у матери деньги. Затем стала брать крупные деньги у чужих людей. Тратила деньги на еду. Объясняла: «Мама мало покупает сладостей и игрушек, не дает деньги на расходы». В отделении была недовольной, хмурой, неохотно отвечала на вопросы. Была раздражительной, жестокой по отношению к малышам и беспомощным. При общении с персоналом фамильярна. Чувство дистанции отсутствует. Правильно реагирует на доброе к себе отношение. Интеллектуальное развитие нормальное. Снижен объем памяти. Отмечается педагогическая запущенность. Кругозор ограниченный. Хорошо ориентируется в бытовых вопросах. При беседе со старшими смущается, перестает отвечать на вопросы. Первое время плакала, просилась домой. Упрашивала мать увезти из больницы. Отказывалась от занятий в классе. Получала пантогам, метионин, липоцеребин, элениум, сонопакс, феназепам, витамины группы В.

Девочка в 6 и 7 лет перенесла повторные травмы головы. Сотрясения головного мозга были не очень тяжелыми, однако спустя год изменилось поведение, возникли пароксизмальные нарушения сна. Электроэнцефалографическое исследование показало наличие изменений биоэлектрической активности, что следует расценить как свидетельство остаточных явлений после травматического поражения мозга. В дальнейшем сформировались очевидные личностные изменения. Стала грубой, жестокой, нередко пребывала в раздраженном состоянии. Перестала правильно оценивать ситуацию. При общении со взрослыми не соблюдает дистанцию. Ворует деньги. Не может логично объяснить своего поведения. Появились отклонения в когнитивной сфере. В этой связи перестала справляться с учебной нагрузкой и была оставлена на второй год. Все это свидетельствует о наличии у девочки отдаленных посттравматических психических нарушений. Их можно охарактеризовать как травматическую энцефалопатию в форме изменений личности и пароксизмальных расстройств, осложненных семейной и педагогической запущенностью. Девочка нуждается в направлении в профессиональное училище для освоения будущей профессии и коррекции поведения. Больной нужен индивидуальный подход со знанием особенностей ее личности и психических отклонений. Требуется эпизодическое проведение психотерапии с целью ориентирования ее на принятие личностных изменений, нового социального статуса и поднятия

самооценки в связи с этим, а также для снятия накапливающегося у нее аффективного напряжения. Она должна также получать медикаментозную терапию.

Б., 12 лет. Жалобы на головные боли, слабость, вялость, снижение памяти, плохой сон, нервную возбудимость. Стала часто ссориться с родителями, изменился характер. Мать — строительная рабочая. Отец — водитель. Имеет сестру восьмилетнего возраста. Девочка от первой беременности, благополучных родов. Раннее развитие без особенностей. В 10 месяцев перенесла пневмонию. Болела корью, ветрянкой, свинкой. Неоднократно повторяются ОРЗ и ангины. Страдает нейродермитом. Имеется аллергия на цитрусовые фрукты. С 8 лет болеет холециститом. В 10 лет удалены аденоиды. Год тому назад — повторная пневмония. В школе обучается с 7 лет. До 3-го класса училась отлично. В 4-м — успеваемость ухудшилась, а с 5-го класса стали появляться плохие отметки. В 6 лет попала под машину. Была серьезная травма головного мозга с переломом костей черепа. Отмечено расстройство сознания, неоднократные рвоты. Повторный ушиб головы в 8 лет, была тошнота. В этом возрасте появились сильные головные боли с плачем. Стала выдергивать волосы, растущие на висках, так как «чувствовала, что растет голова, а если подергаю, становится легче». Это продолжалось до 10 лет. С 8 лет каждой весной — обострения нейродермита. Появились боли в животе. С 10 лет эпизодически появлялось двоение и даже утроение в глазах. В течение 2 часов слышала оклики подружки: «Ира». В это же время кружилась и болела голова. Подобные состояния сначала повторялись еженедельно, а в дальнейшем — 5 или 6 раз в течение 8 месяцев. После летнего перерыва возобновились и продолжались около полугода до поступления в больницу. В отделении была плаксивой, раздражительной, жаловалась на головную боль. Отмечались плохая концентрация внимания, слабая память, сниженная работоспособность, тугоподвижность мыслительных процессов, ограниченный запас знаний, неудовлетворительные представления о времени. Методика Векслера выявила снижение уровня интеллектуального функционирования (IQ = 87). Под влиянием средств, снижающих внутричерепное давление, а также успокаивающих и общеукрепляющих медикаментов состояние несколько улучшилось, приступы не повторялись.

Таким образом, нормально развивавшаяся девочка, отличавшаяся болезненностью и склонностью к психосоматическим расстройствам (нейродермит), перенесла две тяжелые травмы головы. В результате появились соматические нарушения: головные боли, нарушения сна, слабость; характерологические изменения: конфликтность, неуживчивость, склонность к дисфориям; расстройства познавательной деятельности: ухудшение внимания, памяти, мыслительных процессов. Возникли пароксизмально повторяющиеся галлюцинаторные и психосенсорные эпизоды. Диагноз может быть сформулирован следующим образом — травматическая энцефалопатия с интеллектуальными нарушениями и галлюцинаторно-психосенсорными приступами.

Травмы головного мозга у детей раннего возраста могут служить причиной церебрастений, энцефалопатий, задержек психического развития и умственной отсталости. Однако наиболее частыми оказываются расстройства регуляции вегетативных функций. При благоприятном течении (обычно после травмы, полученной до 3 лет) возникают повышенная утомляемость и истощаемость, появляются расстройства внимания, неврозоподобные симптомы. При отсутствии дополнительных отягчающих обстоятельств к 5—7-летнему возрасту происходит полная компенсация. Менее благоприятное течение обычно связано с черепно-мозговой травмой, имевшей место после 3 лет. В этих случаях наряду с вегетативными расстройствами наблюдаются тремор конечностей, тики, гиперкинезы, вестибулярные, очаговые и менингеальные симптомы. Могут возникать эпилептиформные припадки. В дальнейшем формируются психопатоподобные нарушения или травматическая деменция, напоминающая по равномерности возникающего дефекта умственную отсталость. Полная компенсация, как правило, не наступает. Повторные, даже незначительные травмы утяжеляют клиническую картину. Развивается мышечный тремор и возникает эмоциональная лабильность. Обнаруживается рассеянная неврологическая симптоматика.

Лечение. В начальном периоде после травмы головы продолжительность постельного режима и покоя, назначаемых в обязательном порядке, зависит от тяжести травмы (от 7 дней до нескольких недель). Применяются холод на голову. Дегидратирующие средства (фуросемид, диакарб, 10 мл 25% раствора сульфата магния, 1% раствор лазикса, спинномозговая пункция) назначаются в зависимости от степени гипертензии. При гипотензивном синдроме — внутривенное введение дистиллированной воды, изотонического раствора натрия хлорида. Рекомендуются также гемостатические (викасол, кальция хлорид, аскорутин), противогистаминные (димедрол, дипразин, супрастин и др.), симптоматические (амидопирин, анальгин, седалгин, беллоид, белласпон, циннаризин, препараты брома, валерианы, сибазон, хлозепид, феназепам) средства. При продуктивной психопатологической симптоматике и возбуждении используют нейролептики и большие дозы седуксена. В процессе выздоровления больной должен получать общеукрепляющую терапию, ноотропные средства, витамины, при возбуждении — нейролептики. В отдаленном периоде после травмы необходимо сочетать лечебные и реабилитационные мероприятия (психотерапию, коррекционно-педагогические и воспитательные меры). Медикаментозная терапия назначается в зависимости от преобладающей симптоматики. Например, при эпилептиформных расстройствах необходима противосудорожная терапия, при аффективных нарушениях — нормотимики, антидепрессанты и т. д.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Что такое соматогенные нервно-психические расстройства? 2. Какие наиболее частые синдромы при этих расстройствах? 3. Какова роль наследственности при этих расстройствах? 4. Какова распространенность этих расстройств? 5. Что такое экзогенно-органические психические расстройства? 6. Что такое интоксикационные психические расстройства? 7. Что такое инфекционные психические расстройства? 8. Каковы начальные симптомы всех этих расстройств? 9. Каковы наиболее частые симптомы при гриппозных психозах? 10. Каковы психические расстройства при ревматизме? 11. Каковы психические расстройства при СПИДе? 12. Каковы психические расстройства при энцефалитах? 13. Описать общие особенности соматогенных психических расстройств. 14. Что такое эндокринный психосиндром? 15. Каковы психические расстройства в начальном периоде после черепно-мозговой травмы? 16. Какова психопатологическая симптоматика в остром периоде после травмы? 17. Каковы психические расстройства в отдаленном периоде после черепно-мозговой травмы? 18. Каковы действия психолога (педагога) при вышеописанных психических расстройствах?

Рекомендуемая литература к главам 25, 26

Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей.— СПб.: Питер, 2000.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста.— М.: Медицина, 1995.

Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е. Психиатрия.— М.: Медицина, 1995.

Личко А. Е. Подростковая психиатрия.— Л.: Медицина, 1985.

Руководство по психиатрии/ Под ред. А. В. Снежневского. В 2 т.— М.: Медицина, 1983.

Руководство по психиатрии/ Под ред. Г. В. Морозова. В 2 т.— М.: Медицина, 1988.

Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста/ Под ред. С. Ю. Циркина.— СПб.: Питер, 1999.

Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста.— М.: Медицина, 1974.

Глава 27
ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (F1)

Все увеличивающаяся частота попыток детей и подростков познакомиться с наркотиками, повторно их использовать и даже привыкание к ним ставит перед педагогами и психологами, а также другими лицами, работающими с детьми, неотложные задачи, успешное разрешение которых возможно лишь при полном представлении о сути, степени опасности и масштабе распространения этого явления.

Наркотик — психоактивное вещество, которое включено в официальный государственный список Министерством здравоохранения Российской Федерации вследствие его социальной опасности и из-за способности при однократном употреблении вызывать привлекательное психическое состояние, а при систематическом — психическую или физическую зависимость от него.

Установлена уголовная ответственность за незаконное приобретение, хранение, изготовление, переработку, перевоз, пересылку и сбыт наркотических средств.

Наркомания — болезнь, вызванная систематическим употреблением средств, включенных в государственный список наркотиков, и проявляющаяся психической, а иногда и физической зависимостью от них.

Психоактивное вещество — вещество, употребление которого вызывает привлекательное психическое состояние, а при систематическом употреблении — психическую зависимость. Оно обладает теми же свойствами, что и наркотик, но в официальный список не включено, так как его социальная опасность не велика. Нередко эти средства называют токсическими. Примером могут быть успокаивающие (транквилизирующие) лекарства: сибазон, элениум или ингалянты: бензин, ацетон и др.

Токсикомания — заболевание, проявляющееся психической (а иногда и физической) зависимостью от психоактивного вещества, не включенного в официальный список наркотиков.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Наркотики и другие психоактивные вещества систематизируются по международной классификации болезней (МКБ-10, 1992 г.). *Различают следующие психоактивные вещества:* 1) препараты опия; 2) снотворные и седативные (успокаивающие) вещества; 3) кокаин; 4) препараты индийской конопли; 5) психостимуляторы; 6) галлюциногены; 7) алкоголь; 8) табак; 9) летучие растворители и 10) другие психоактивные вещества.

Все психоактивные вещества вызывают пристрастие, психическую и физическую зависимость, а также серьезные изменения психики, т. е. принципиального различия между ними нет.

Специалисты, работающие с детьми, должны осознать опасность, которую представляют наркотики для детей и подростков, понимать возможные последствия в будущем, знать причины и факторы, ответственные за сложившуюся ситуацию, изменить существо и форму воспитательного процесса с тем, чтобы поставить заслон процессу деградации подрастающего поколения. Все, кто работает с подростками, должны иметь представление о характеристиках наркотических веществ, их распространенности, особенностях влияния на организм и психику человека.

Табак. Токсичность табака определяется в основном никотином. Курение – фактор риска возникновения рака легких, других заболеваний легких и бронхов, нарушения кровообращения в сосудах ног, инфаркта миокарда, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и др. заболеваний. Курение женщин подвергает риску здоровье еще не родившихся детей. Они чаще рождаются с дефектами и более восприимчивы к болезням.

Ингалянты (эфир, бензин, растворители лака и красок, пятновыводители, ацетон, толуол, различные виды клея и др.) – летучие вещества, которые вдыхают с целью получения токсического опьянения. Основные действующие вещества в ингалянтах – алифатические и ароматические углеводороды. Пары применяемых средств вдыхают со смоченной ткани, из шапки, из целлофанового пакета или из посуды в течение 1–2 или 10–15 минут в зависимости от того, что используют.

Спиртсодержащие напитки (водка, самогон, вино, пиво и др.) используются для получения опьяняющего эффекта в связи с наличием в них алкоголя. Под влиянием последнего нарушается обмен веществ, расстраивается иммунитет. В мозгу увеличивается продукция морфиноподобных веществ, которые, вызывая приятное состояние, могут привести к психической и физической зависимости от алкоголя. Возникновение алкоголизма связано с наследственной предрасположенностью организма и влиянием среды. Алкоголь поражает почти все органы и системы. Заболевания сердца и мозга у лиц, злоупотребляющих алкоголем, встречаются

в 4—5 раз чаще, чем у непьющих. Расстраивается деятельность желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы. Снижается половая функция у мужчин, нарушается способность к деторождению у женщин. Дети родителей, злоупотребляющих алкоголем, медленнее развиваются, у них чаще наблюдаются пороки развития, нервно-психические и эндокринные расстройства, глухонемота, эпилепсия. Наследственность 40% умственно отсталых детей отягощена алкоголизмом родителей.

Препараты опия (морфий, героин). Опий — млечный сок снотворного мака, содержит алкалоиды: морфий, кодеин, папаверин, которые действуют на центральную нервную систему. Они, угнетая дыхание, уменьшая боль, вызывая благодушие, эйфорию, иногда рвоту, расслабляют гладкую мускулатуру (сосудов, кишечника и т. д.). Опий курят, морфий и героин вводят внутривенно. Соматическое состояние пристрастившихся к этим наркотикам болезненное: морщинистая землистая кожа, одутловатое лицо, общее истощение. С зубов сходит эмаль, они выпадают. Ногти теряют блеск, становятся хрупкими, обламываются слоями. Наркоманы рано седеют, лысеют. Происходит поражение вен. У них развивается психическая и физическая слабость. Снижается выносливость, приводящая к неспособности выполнять какую-либо работу. Наблюдаются признаки преждевременного старения. У некоторых больных появляются судорожные припадки.

Препараты индийской конопли — каннабиноиды (марихуана, гашиш, анаша). Главное действующее начало, содержащееся в них и вызывающее наркотическое действие,— каннабинол, дельта-9-тетрагидроканнабинол. Именно от них зависит опьяняющее действие препаратов из конопли. Гашиш смешивают с табаком и курят, его дым вдыхают через трубочку. В смеси с табаком жуют, добавляют в еду или напитки. Первоначально эти вещества вызывают речевое и половое возбуждение, яркие зрительные галлюцинации, повышение настроения. Затем их действие становится угнетающим, оно завершается сном с яркими сновидениями. В дальнейшем падает настроение, меняется поведение. При тяжелом отравлении возможен смертельный исход. Длительное употребление приводит к изменению личности, иногда к слабоумию. Сопровождается соматовегетативными нарушениями, учащенным сердцебиением, понижением кровяного давления, мышечным расслаблением, изменением сухожильных рефлексов.

Психостимуляторы (эфедрон, первитин, фенамин, риталин, кофеин, винт). Они вызывают необычный душевный подъем, стремление к деятельности, иногда переходящее в агрессию, снимают усталость, вызывают прилив энергии, ясности ума, уверенности в своих силах. Эти переживания, как правило, сочетаются с взбудораженностью, тревожностью и настороженностью. Следует отметить бессонницу, снижение аппетита, понос, подъемы темпе-

ратуры тела, учащенное сердцебиение, повышение артериального давления, затруднение дыхания, дрожание конечностей, нарушение координации. Первоначально усиливающаяся сексуальная потенция сменяется половым бессилием.

Галлюциногены – психоактивные вещества, вызывающие галлюцинации или кратковременные психозы. К ним относится синтетический препарат, вырабатываемый из грибков паразитов ржи и других злаков (производное лизергиновой кислоты), вещества, получаемые из некоторых грибов (псилоцибин), кактусов (мескалин), лекарства: астматол, циклодол, димедрол.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

В 14-летнем возрасте уже 70% детей имеют первый опыт *курения табака.* Курить дети начинают в среднем в 9–10 лет. Среди взрослых 40% курят табак, а у 93% из них диагностируется табачная зависимость.

Подавляющее большинство тех, кто вдыхают ингалянты, – дети младшего и среднего возраста, а также подростки. О распространенности вдыхания (бензина, ацетона, органических растворителей, керосина, пятновыводителей и др.) можно судить по информированности детей об этих токсических веществах. От 33,3% детей до 69,5% подростков сообщают об известных им случаях употребления опьяняющих веществ неалкогольной природы в их ближайшем окружении. Число токсикоманов-подростков увеличивается. Так, в стационаре в 1983 г. их было 3% от числа поступивших наркоманов, а в 1985 г. уже 7%. Начало потребления этих токсических веществ падает на возраст 10–12 лет.

Начиная с 60-х годов отмечается возрастание *пьянства и алкоголизма.* В 1989–1990 гг. в Санкт-Петербурге 49% школьников 7–10-х классов неоднократно употребляли алкогольные напитки (еженедельно – 2,1%), 73% учащихся ПТУ (еженедельно – 39%), 91% обитателей приемника-распределителя. В 1995 г. 80–85% школьников и учащихся ПТУ уже употребляют спиртное систематически (3,8%), умеренно (18%), эпизодически (27%), что на 10% больше, даже чем в 1993 г. Статистика утверждает, что в Российской Федерации 7% алкоголиков, из них 3% – молодежь 18–25 лет или 500 тысяч. В Санкт-Петербурге каждый шестой юноша и каждая десятая школьница подтвердили, что их потребление алкоголя носит регулярный характер. В связи с алкоголизацией подростков резко возрастает риск их делинквентного поведения. Подростковая преступность растет в 10 раз быстрее взрослой, она опережает в 6 раз рост популяции подростков. В 1990 г. задержаны за употребление алкоголя 4423 подростка, а в 1993 г.– 4882.

Число задержанных за мелкое хулиганство увеличилось в этот отрезок времени с 621 до 1435 (Аргументы и факты, № 48, 1994). В 1993 г. каждое 4-е преступление подростком совершено в состоянии алкогольного опьянения. Число алкогольных психозов с 1984 г. увеличилось на 69%, а число отравлений алкоголем на 92% (Аргументы и факты, № 51, 1995). Алкоголизация предшествует 50% дорожно-транспортных происшествий, 50% убийств, 25% самоубийств.

За последние 5 лет в России в 3,5 раза возросло число лиц, употребляющих *наркотики*. К 1999 г. количество наркоманов превысило 3 млн человек. Если к этому добавить и токсикоманов, и алкоголиков, то в целом их число составит около 10 млн человек. Наркоманы, начиная с «легких» наркотиков, быстро переходят к «тяжелым». В 1996 г. среди наркоманов потребителей героина было 28%, а в 1997 г. – уже 74%. Подавляющее большинство наркоманов не доживает до 30 лет. В 1994 г. в Санкт-Петербурге наркотики потребляли 6% от всех жителей города (свыше 300 тысяч человек). В наркологических стационарах умерло больных наркоманией в 6 раз больше, чем в 1989 г. Свыше 60% наркоманов составляет молодежь в возрасте от 15 до 25 лет. Из общего числа лиц, совершивших преступления, связанные с наркотиками, в России в течение 1988–1993 гг. доля подростков и молодежи составляла 68–77%. За последние 4 года наркомания среди подростков выросла в 6–8 раз. В Санкт-Петербурге каждый пятый школьник уже познакомился с наркотическими веществами. При опросе 16–17-летних школьников выявлено, что 80,7% девушек и 70,5% мальчиков не пробовали наркотики, более 10% юношей и 5% девушек продолжали принимать и на момент обследования, а 4% юношей и 3% девушек признались в их систематическом злоупотреблении. В Приамурье 50% молодых людей – наркоманы. Шансов на излечение от этой пагубной привычки, когда она возникает, почти нет, лишь 5–6% после лечения выдерживают без наркотиков более одного года («Санкт-Петербургские ведомости», 13.02.1998). По мнению самих наркоманов, наиболее опасный возраст для приобщения к наркотикам – 14–16 лет. Наркотики употребляют 63,5% находящихся в колонии, 47,7% подследственных, 46% учеников гимназий, 38,3% учащихся техникумов. Из этого становится ясно – наркомания охватывает не только деклассированные элементы. Среди наркоманов много высокоодаренных детей и молодежи. Продавцы наркотиков охотятся за детьми из обеспеченных семей, и, по-видимому, с этим связано то, что 46% учащихся одной из элитарных гимназий признались в употреблении наркотиков.

Среди подростков наиболее популярны алкоголь, ингалянты, препараты конопли, галлюциногены (атропин и др.), препараты опия (самодельные из головок мака или маковой соломки) и сти-

муляторы (производные эфедрина). Наркомания в нашей стране «помолодела». Среди зарегистрированных наркоманов 20% составляют подростки 15—16 лет, 15% – 17—18 лет и 20% –19-20-летние.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Для понимания причин и механизмов развития наркомании очень важно учитывать психологические характеристики подросткового возраста, который по своей сути является кризисом взросления. Этот переломный возраст разными подростками переживается по-разному, создавая им различные психологические и социальные трудности. У одних этот этап жизни осложняется кризисом идентичности (затруднением усвоения образцов поведения значимых людей), у других – кризисом авторитетов. Кризис также может проявляться деперсонализацией (переживанием кажущейся чуждости своего «Я»), переживаниями своих, чаще всего воображаемых физических недостатков, ипохондрией (чрезмерной озабоченностью своим здоровьем), нарушениями пищевого поведения (отказом от пищи или прожорливостью), бесплодным рассуждательством, асоциальным поведением и даже мыслями или стремлениями к самоубийству. Знания об этом особенно необходимы для создания взрослеющим подросткам благоприятных жизненных условий с тем, чтобы предупредить их интерес к психоактивным веществам и потребность в использовании.

При пубертатном кризисе снижение продуктивности умственной работы учащегося вызвано тем, что здесь происходит изменение установки от наглядности к пониманию и дедукции. Переход к высшей форме интеллектуальной деятельности сопровождается временным снижением работоспособности. Если подросток во время кризиса окажется неспособным к идентификации, возникает путаница ролей и трудности в эмоциональных отношениях с людьми, в социальной и профессиональной сферах. Кризис может стать причиной различных форм отклоняющегося поведения (в том числе и аддиктивного).

Молодежь в своем стремлении освободиться от опеки старших использует разные средства. Отсутствие взаимопонимания в семье, чрезмерное давление родителей, недостаток уверенности в собственных силах – все это заставляет подростков объединяться в группы. В них молодежь пытается получить то, что не может иметь дома,– доверие, понимание, поддержку, добрые чувства. Кроме того, объединяясь, подростки развлекаются, стремятся вы-

разить себя. В поисках новых, необычных ощущений и переживаний подростки экспериментируют с ингалянтами, алкогольными напитками, наркотическими веществами. Две трети подростков знакомятся с ними из любопытства, желая получить свой первый опыт, соприкасаясь с «запретным плодом». До 90% наркоманов начинают употреблять наркотические вещества в неформальных группах. Обычно это происходит вдали от взрослых в одних и тех же укромных местах: в подвалах, на лестницах и чердаках, в парках и садах. Нередко в компании первую дозу получают обманным путем в качестве «нового сорта сигареты» или другой необычной «приманки» (таблеток, напитков или даже инъекций). Обычно экспериментирование с токсическими и наркотическими веществами совершается в группе и поддерживается интересом к необычному всех «товарищей». В части случаев начало употребления определяется подражанием старшим. Примерно треть подростков получает свой первый опыт и продолжает его под давлением авторитета группы сверстников. Объясняя свой интерес к алкогольным напиткам, они говорят: «Потому что мои друзья тоже пьют»; «Чтобы друзья не считали меня мокрой курицей». Особенность возраста – усвоение образцов поведения значимых для подростков других людей.

АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Наркотическая зависимость возникает не сразу, ей предшествует аддиктивное поведение, т. е. злоупотребление различными психоактивными веществами, включая алкоголь и курение табака, до того как от них сформировались физическая зависимость. Этот термин (понятие) происходит от английского слова addiction – пагубная привычка, что должно указывать на необходимость воспитательных, а не медицинских мер. Это нарушение поведения развивается двумя путями.

В первом случае подростки пробуют различные психоактивные вещества: бензин, клей, затем алкогольные напитки, не гнушаясь при этом предложенными таблетками или сигаретами с марихуаной. Последовательность употребления может быть различной, экспериментирование продолжается до того момента, пока не будет окончательно выбрано наиболее привлекательное вещество. Иногда злоупотребление обрывается раньше.

Во втором случае наблюдается злоупотребление только одним каким-нибудь токсическим веществом (бензином, алкоголем). Раннее сосредоточение на одном психоактивном веществе обычно связано с недоступностью других. Значительно реже происходит произвольный выбор.

Этапы развития аддиктивного поведения:

1) этап первых проб – начало аддиктивного поведения. В процессе этого этапа возможен отказ от продолжения экспериментирования с психоактивными веществами из-за неприятных ощущений, страха пристраститься или угрозы наказаний;

2) этап поискового «полинаркотизма» наступает тогда, когда за первыми пробами наступают повторные;

3) этап выбора предпочитаемого вещества завершает поиски.

В основе развития и закрепления аддиктивного поведения лежат общие механизмы, которые могут быть разделены по ведущим мотивам и личностным особенностям.

Атарактическая (успокаивающая) модель. Это один из наиболее распространенных вариантов применения психоактивных веществ (наркотиков) с целью достижения *душевного спокойствия* (12–15,4% среди алкоголизирующихся). Их употребление направлено на снятие нервного напряжения, на то, чтобы расслабиться, успокоиться, забыться, уйти от неприглядной или опасной действительности, от неразрешимых жизненных проблем. Подростки свою алкоголизацию (наркотизацию) объясняют следующим образом: «Чтобы быть спокойнее» (5,7–7,7% среди алкоголизирующихся).

В других случаях доминирующим мотивом оказывается высокий уровень *аффективной напряженности*, преобладание пониженного настроения, нередко с раздражительностью, мрачностью.

Недостаточно приспособленные, плохо адаптирующиеся к новой среде подростки находятся в связи с неудовлетворенностью своими отношениями с окружающими в постоянном психическом напряжении. Им приходится искать путей *гармонизации* своего положения. Не умея нормализовать свои отношения с окружающими, подростки используют психоактивные вещества для того, чтобы заменить психологические механизмы межперсональных отношений. Применяющие эти вещества говорят о том, что это делается для того, «чтобы было легче разговаривать с людьми» (1,9–2,5% среди алкоголизирующихся).

Модель – употребление психоактивных веществ для изменения эмоционального состояния: тревоги, депрессии, апатии. Цель в этом случае – улучшить настроение, добиться эмоционального комфорта в трудных и тем более критических для подростка жизненных ситуациях (разрыв с членами семьи, утрата значимой фигуры, разочарование в любви, дружбе). Пристрастие к психоактивным веществам может возникнуть как способ *самолечения* на начальных этапах невротических или психотических расстройств, иногда еще во время отсутствия явной симптоматики.

Коммуникативная модель. Эта модель аддиктивного поведения может возникнуть в связи с неудовлетворенными потребностями в общении, любви, доброжелательности. Прием психоактив-

ных веществ *облегчает общение* со сверстниками своего и противоположного пола. Преодолевается чувство замкнутости, стеснительности, появляется уверенность в своих возможностях. «Принимаю для того, чтобы легче общаться с другими людьми» — говорит подросток (3,2—4,5% среди алкоголизирующихся). Имеются сведения, что до 30% всех алкоголиков начинают с привычки принимать «допинг» перед общением, в особенности с лицами противоположного пола. В состоянии опьянения не только облегчается общение, но и возникают чувства раскованности, безопасности, свободы в поступках и самовыражении, появляется впечатление тесного контакта с окружающими. К этому средству чаще всего прибегают замкнутые, тревожно-мнительные, эмоционально ранимые подростки.

Активирующая модель. В одних случаях подростки применяют психоактивные вещества с целью достижения переживаний *подъема сил*, бодрости, оживления активности. Будучи неуверенными в своих силах и возможностях, имея сниженную самооценку, подростки пытаются достичь прямо противоположного — уверенности, бесстрашия, раскованности. В опьянении становится легче реализовать истинные и воображаемые способности, совершить «выдающиеся поступки». В других случаях — таким же образом достигается *выход из состояния скуки*, душевной пустоты и бездействия. Акоголизация, например, может создать у подростка впечатление прекрасной приспособленности и вполне удовлетворительной самореализации. В этом случае подросток может сказать: «Принимаю спиртное, потому что мне приятно быть немного пьяным» (8,2—12%).

Гедонистическая модель. Употребление психоактивных веществ используется также и для получения удовольствий, вызывания у себя приятных ощущений, психического и физического комфорта. Вызванный в таком случае на откровенность подросток признается, что «делаю, потому что мне это нравится» (36,9—48,6%). При этом стремятся создать фантастический мир галлюцинаторных образов, пережить блаженное состояние эйфории. Так, например, происходит при вдыхании ингалянтов. Стремление к получению удовольствий с помощью токсических средств возникает из-за невозможности и неумения развлечь себя иным образом (с помощью спортивной, творческой и иной активности). Этим способом подростку удается компенсировать нереализованные потребности. Если наркотическое опьянение дает желаемое наслаждение, то это довольно быстро приведет к формированию болезненного пристрастия. Чаще всего по этому пути идут гипертимные и неустойчивые подростки.

Конформная модель. Стремление подростков подражать, не отставать от сверстников, быть принятыми группой может привести к потреблению психоактивных веществ именно с этой целью.

В 90% случаев злоупотребление наркотиками и токсическими веществами начинается в неформальных группах. Чтобы для собственного утверждения почувствовать себя принадлежащим к группе, укрепить свой социальный статус, подростки вынуждены разделять со своими товарищами всю их активность, в том числе и касающуюся психоактивных веществ. Подросток говорит: «Я делаю это потому, что мои друзья тоже пьют»; «Чтобы друзья не считали мокрой курицей». Развитие этой модели связано со стремлением подражать лидерам, некритически перенимать все, что касается коллектива, к которому принадлежит подросток.

Манипулятивная модель. Психоактивные вещества используются для манипулирования другими, для их эксплуатации, для изменения ситуации в собственную пользу, для достижения тех или иных преимуществ. Истероидные подростки, например, желая покрасоваться, привлечь к себе внимание своей необычностью, способностью «много выпить», добиться лидирующего положения, охотно пользуются наркотиками и алкоголем. Эпилептоидные подростки посредством психоактивных веществ пытаются подчинить себе ситуацию, успешно выступить в роли лидера.

Компенсаторная модель. Эта модель поведения определяется необходимостью компенсировать какую-либо неполноценность личности, дисгармонии характера, мотивационной сферы. У подростков, которые плохо переносят конфликты и любые трудности в школе и дома, возникает наибольший риск закрепления аддиктивного поведения как формы реагирования на любые жизненные проблемы. Такая форма поведения создает впечатление разрешения трудностей и помогает избежать неприятных переживаний. Алкоголизирующимся и наркотизирующимся подросткам свойственно немедленно получать удовольствия безотносительно от непосредственных и отдаленных последствий.

Употребление психоактивных веществ способствует увлечению постоянно слушать современную ритмическую и обязательно громкую музыку, азартными играми, пристрастию к игральным автоматам, сексуальному экспериментированию и беспорядочным половым контактам.

Формирование аддиктивного поведения в значительной степени связано с групповой психологической зависимостью, т. е. с появлением потребности к употреблению психоактивного вещества только тогда, когда собирается «своя компания». Не меньшее значение для ее формирования имеют существенно сниженные адаптивные возможности подростков, обусловленные эмоциональной неустойчивостью, недостаточным самоконтролем поведения, низкой самокритичностью, неразвитой рефлексией, эгоцентричностью, неуверенностью в себе или чрезмерной переоценкой собственного «Я», бегством от реальности, инфантильностью, чувством

неспособности справиться с трудностями, отсутствием устойчивых интересов и увлечений.

Первые эпизоды наркотизации и алкоголизации у младших подростков 12—13 лет связаны, как правило, с трудной семейной или школьной ситуацией, безнадзорностью, некритичным отношением к поведению окружающих. Так как в этом возрасте наиболее доступны лекарственные и бытовые средства (бензин, клей, зубные пасты, таблетки и др.), и в то же время имеется заблуждение, что они менее вредны и опасны, то именно с них начинается аддиктивное поведение.

Наиболее опасный возраст для начала экспериментирования с любыми психоактивными веществами — 14—15 лет.

Старшие подростки (16—17 лет) реже в этом возрасте начинают употреблять психоактивные вещества, в том же случае, когда аддиктивное поведение уже возникло, помощь семьи или друзей, а также лечебное воздействие на этом возрастном отрезке с большим трудом достигают успеха.

Для наилучшего понимания развития привыкания подростков к психически активным веществам приходится учитывать не только возраст, но и особенности их характера (акцентуации).

Гипертимные подростки, отличающиеся преобладанием *приподнятого настроения*, жаждой деятельности, повышенной словоохотливостью, неугасимым оптимизмом, склонностью к риску, острым ощущениям, неразборчивостью в выборе знакомств, податливы влиянию приятелей из стихийно формирующихся групп и легко соблазняются предложениям алкоголя, токсических веществ и наркотиков. Все психоактивные вещества, вызывающие подъем настроения, созвучны личности, и они легко становятся на путь их употребления. Для этих подростков характерен «поисковый полинаркотизм», они стремятся попробовать как можно больше разных предлагаемых им препаратов.

У подростков с постоянным наличием преобладающего *сниженного настроения* нередко возникает желание добиться его улучшения с помощью алкогольных напитков или стимуляторов. Однако эти средства чаще всего не дают желаемого результата. Более того, алкоголь нередко углубляет депрессию. Стимуляторы же у этих подростков скорее вызовут тревогу и беспокойство, чем поднимут настроение. Успокаивающие (транквилизаторы) улучшают настроение и уменьшают степень актуальности жизненных трудностей, в связи с чем к ним возникает пристрастие.

Живо на все реагирующие, *с легко меняющимся настроением* и впечатлительные подростки начинают употреблять ингалянты или алкогольные напитки под влиянием референтной группы, от которой они сильно зависят. Эйфоризирующее действие ингалянтов, способствующее оживлению фантазий, делает эти вещества особенно привлекательными для них. Возможность «забыться» на не-

которое время, отключиться от реальности, исправить настроение — еще один повод для использования их.

Нерешительные, сомневающиеся, мнительные, пугающиеся всего нового постоянно *тревожные* подростки, обнаружив, что успокаивающие или другие психоактивные средства способны смягчить переживания, связанные с предстоящими или воображаемыми трудностями, могут прибегать к их поддержке при определенных ситуациях.

У подростков с выраженной *интравертированностью*, пребывающих в вымышленном мире собственных схем и фантазий, склонных к уединенности, психоактивные вещества стимулируют фантазирование или облегчают столь трудный для них процесс общения. В этой связи они легко привыкают к опийным препаратам, а в младшем подростковом возрасте к ингалянтам.

Значительный процент среди наркотизирующихся и алкоголизирующихся подростков составляют такие, которые склонны к *бурным вспышкам аффекта*, неожиданным действиям и поступкам, решению конфликтов с помощью грубой физической силы. В состоянии опьянения они утрачивают контроль за своим поведением, затевают ссоры, вступают в конфликты, в драках наносят тяжелые повреждения. С первого опыта знакомства с алкоголем или другими токсическими веществами стремятся добиться «полного отключения». Начиная употреблять те или иные наркотические вещества, легко оказываются в рабской зависимости от них.

Истероидные подростки, характеризующиеся эгоцентризмом, капризностью, демонстративностью, интриганством, потребностью в признании, самовосхвалением. Они, будучи легко внушаемыми, бездумно подчиняются всем, предлагающим попробовать сигареты, напитки, любые психоактивные вещества. Они обнаруживают особую склонность к стимуляторам, привлекательными для них могут оказаться и алкоголь, и опиаты, и транквилизаторы. Способствует возникновению у них пристрастия стремление покрасоваться, продемонстрировать свою выносливость к спиртным напиткам, показать свою способность «всех перепить».

У подростков *слабовольных*, неспособных к самостоятельности, постоянно ищущих удовольствий, праздности и развлечений, самый высокий риск аддиктивного поведения. Не будучи в силах занять себя сами, они все время нуждаются в стимуляции. В своем стремлении к наслаждениям они, единожды попробовав психоактивное вещество, легко становятся на путь их постоянного использования, как правило, не отдавая предпочтения ни одному из них.

Аддиктивное поведение, порожденное неблагоприятными биологическими и социально-психологическими факторами, ими же и осложняется, нарушая образ жизни подростков. Чем больше времени они уделяют психоактивным веществам, тем больше расстраиваются их отношения с окружающими. Свою потребность в по-

ложительных эмоциях подростки удовлетворяют за счет психоактивных веществ, которые заслоняют все остальные интересы, расстраивая прежние взаимоотношения и препятствуя созданию новых. Потеряв эмоциональные связи с близкими людьми, они переживают полное душевное благополучие, так как оказываются неспособными критически осмыслить сложившуюся ситуацию.

Подростки, злоупотребляющие психоактивными веществами, находятся под непререкаемым влиянием стихийно сложившейся группы, к которой они принадлежат, и вместе со сверстниками пренебрегают установленными законом и моралью нормами. Группа поддерживает и даже культивирует такое отклоняющееся (девиантное) поведение.

Девиантное поведение — поведение психически здорового, отклоняющееся от принятых в обществе норм межличностных отношений, действий, поступков и высказываний. Оно проявляется в правонарушениях, бродяжничестве, сексуальных девиациях, суицидальных намерениях, демонстрациях и покушениях. Фактически все виды девиантного поведения сочетаются с аддиктивным. Более того, злоупотребляющие психоактивными веществами подростки подвержены влиянию членов своей группы, под ее воздействием выбирают тот или иной вид асоциального поведения. Эти подростки плохо учатся, не участвуют в семейных делах. Такое поведение прежде всего связано с ухудшением прилежания, нарушением чувства долга и ответственности. Однако к этому вскоре могут присоединиться выраженные явления психической слабости (астении) с характерными для нее расстройством внимания, снижением памяти, трудоспособности. Не посещая учебных занятий, не выполняя поручений по дому, эти подростки должны организовать свое время, но именно этого они и не умеют делать. У них нет увлечений, они не посещают кружки или спортивные секции. Они теряют друзей, прекращают поддерживать отношения с соучениками, вступают в конфликт с педагогами школы.

ПЕРЕХОД АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ (БОЛЕЗНЬ)

Вероятность того, что злоупотребляющий каким-нибудь психоактивным веществом подросток заболеет синдромом зависимости (алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией), различна. Если подросток злоупотребляет одним из опиатов (морфин), то риск развития наркомании составит от 19% до 42%. Намного выше риск при внутривенном употреблении наркотиков. Среди обследованных подростков, склонных к выпивкам, через 10 лет лишь у 12% был диагностирован алкоголизм.

Риск перехода аддиктивного поведения в синдром зависимости (болезнь) определяется рядом факторов.

Из **социальных факторов** наиболее известные – доступность психоактивного вещества, «мода» на него, степень грозящей ответственности за злоупотребление, влияние группы, к которой принадлежит подросток.

Марина, 15 лет, учащаяся 2-го курса ПТУ швейников. Наследственность не отягощена. По характеру раздражительна, легко поддается постороннему влиянию. Ленивая, с трудом училась на «удовлетворительно». Связалась с компанией подростков, рано начала половую жизнь. Ребята уговорили ее испытать на себе действие наркотиков. Из любопытства и страха, что не будет принята этой компанией, позволила сделать себе подкожную инъекцию азафена, испытала приятное ощущение, а затем вялость. В дальнейшем принимала наркотики (эфедрон и др.), так как якобы боялась, что в противном случае ее убьют наркоманы. Отец обнаружил дневник, в котором Марина учитывала все инъекции. Часто уходила из дома на несколько дней, отец находил ее в группах наркоманов и возвращал в семью. В результате забросила учебу, прогуливала занятия, домой приходила «оглушенной». Родителям пришлось госпитализировать девушку для лечения. В больнице уверяла, что расстанется с дурной компанией и будет дружить лишь с хорошими девочками. Раскаивалась в своем прежнем поведении.

Из **психологических факторов** следует упомянуть тип акцентуации характера (о чем сказано выше), привлекательность возникающих ощущений и переживаний, выработка гедонистической установки (постоянное стремление к получению удовольствий), страх причинить вред самому себе, отсутствие социальных интересов, стремление к самоутверждению.

Алексей, 16 лет, из обеспеченной семьи (родители – творческие работники). Отец – психопатическая неустойчивая личность, мать – нервная. Крайне привязан к матери. Слабовольный, легко подпадающий под чужое влияние, с неустойчивыми интересами, добрый. Учащийся 1-го курса училища при консерватории. Попав в группу подростков, употреблявших наркотики, решил не отставать от них и стал вдыхать пятновыводитель, испытывая при этом галлюцинации. В дальнейшем вместе с другими вводил себе азафен, пенталгин, курил план, принимал кодеин, ноксирон, барбамил, омнопон, промедол. Развилась зависимость, при прекращении приема появились синдромы отмены («ломало суставы, возникала депрессия»). Только под сильным давлением родителей согласился лечь в больницу для лечения.

К **биологическим факторам** можно отнести в первую очередь природу самого вещества, которым злоупотребляют, врожденную непереносимость или высокую устойчивость к тому или иному психоактивному веществу, наследственную отягощенность алкоголизмом (наркоманией), органическое повреждение головного мозга в предшествующих возрастах, хронические болезни печени.

Римма, 19 лет. Мать страдает хроническим алкоголизмом. В детстве перенесла ушиб головы. Девушка с детства упряма, груба, раздражительна. С 15 лет курит план, марихуану, с 16 лет употребляет алкогольные напитки. Задерживалась милицией, помещалась в больницу в состоянии абстиненции, которое возникало в связи с прекращением приема наркотиков. Она рано начала половую жизнь, родив, от ребенка отказалась, второму сейчас 11 месяцев. В последние годы особенно изменилась – безвольна, назойлива, часто возникают аффективные вспышки гнева, стала очень раздражительной и претенциозной, пытается преуменьшить степень своей алкоголизации и наркотизации. Требует помощи от медиков в налаживании личной жизни, не прикладывая при этом сама никаких усилий. Поступает в больницу из-за драк и жестокого обращения со своим ребенком.

Ранняя алкоголизация – злоупотребление алкоголем у подростков – знакомство с опьяняющими дозами алкоголя в возрасте до 16 лет и более или менее регулярное употребление спиртных напитков без признаков зависимости. Степень злоупотребления оценивается по частоте выпивок и количеству выпитого, а также по возникающим в связи с этим социально-психологическим трудностям. Ранняя алкоголизация – это одна из форм подросткового девиантного (отклоняющегося) поведения. Она практически всегда сочетается с пренебрежением учебой и работой, с делинквентностью (мелкими правонарушениями, не достигающими степени преступления), уходами из дома, а иногда и со злоупотреблением другими психоактивными веществами (парами бензина, пятновыводителей и др.).

Ранний (подростковый) алкоголизм – формирование синдрома зависимости (болезни) в возрасте до 18 лет.

СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ (АЛКОГОЛИЗМ, НАРКОМАНИЯ, ТОКСИКОМАНИЯ)

Формирование синдрома зависимости (болезни) (алкоголизма, наркомании, токсикомании) продолжается значительное время, при этом его развитие, как принято считать, проходит три стадии, границы между которыми очень условны. Первые две будут описаны ниже, а третья стадия, проявляющаяся выраженными соматоневрологическими и психическими нарушениями, а также психозами, в связи с тем, что практически в подростковом возрасте не наблюдается, обсуждаться не будет. В то же время следует отметить, что, например, начало алкоголизации в пубертатном возрасте – фактор, способствующий злокачественному течению алкоголизма, т. е. более быстрому наступлению серьезных изменений в соматическом и психическом состоянии.

Вначале, как отмечалось выше, подростки *экспериментируют* с

психоактивными веществами совместно в компании и в значительной степени под давлением окружающих. В этот период времени их поведение мало изменяется. Подросток получает удовольствие, переживая эйфорию, благодушие, беспечность, отодвигая от себя постылую или пугающую реальность. Все же в это время он чувствует вину за происходящее.

Затем психоактивные вещества используются *для уменьшения эмоционального* напряжения в связи с житейским или другими трудностями, т. е. для снятия стресса. На почве совместного употребления образуется группа подростков. Под влиянием злоупотребления появляются довольно резкие колебания настроения, падает интерес к учебе и снижается успеваемость.

Употребление психоактивных веществ становится *регулярным*. Подросток приобщается к группе, где большинство сверстников занимается тем же. Нарушения поведения (бродяжничество, правонарушения и т. д.) становятся постоянными. В связи с уже впервые появляющимися явлениями абстиненции (депрессия, душевный дискомфорт и др.) подросток вынужден искать деньги для приобретения того, что облегчит его страдания.

Первая стадия синдрома зависимости. Синдром зависимости – «сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума. Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять психоактивное вещество, алкоголь или табак» (МКБ-10). Наличие синдрома зависимости определяется минимум тремя признаками:

1) сильная потребность (влечение) принять психоактивное вещество;

2) нарушение способности управлять приемом психоактивных веществ, т. е. началом употребления, его окончанием и дозировкой;

3) физическое состояние абстиненция, при котором после прекращения приема психоактивного вещества возникают проявления отмены, облегчаемые приемом того же самого психоактивного вещества;

4) признаки толерантности – увеличение дозы психоактивного вещества, необходимой для достижения эффекта, ранее производимого более низкими дозами;

5) прогрессирующее забвение каких бы то ни было интересов в пользу употребления вещества, увеличение времени, необходимого для употребления, приема вещества или восстановления после его действия;

6) продолжение употребления вещества, несмотря на очевидные (для больного) вредные последствия (поражение печени, депрессия, снижение когнитивных функций).

Основной признак первой стадии болезни – *индивидуальная психическая зависимость*, отличающаяся от групповой зависимости, которая появляется раньше и присуща доболезненному состоянию – аддиктивному поведению. Для психической зависимости характерно, что прекращение потребления психоактивного вещества приводит к появлению тревоги. О наличии психической зависимости можно также судить по кругу общения больного, например с друзьями-собутыльниками или со злоупотребляющими наркотиками, по приемам токсического вещества в одиночку и по интенсивному поиску заменителей при его отсутствии. Характерно также постоянное стремление к повторному употреблению психоактивного вещества.

Стертая картина абстиненции также появляется в этой стадии. Перерыв в употреблении вызывает лишь обострившееся влечение к тому веществу, которым злоупотребляют, а также сниженное и раздраженное настроение.

Менее значительные признаки болезни в этой стадии: угасание защитных рефлексов на передозировку и повышение толерантности.

Угасание защитных рефлексов на передозировку обнаруживается, например, в исчезновении рвотного рефлекса даже на очень большую дозу алкоголя или непоявление икоты при передозировке гашиша.

Повышение толерантности, т. е. переносимости используемого токсического вещества, проявляется в необходимости увеличивать дозу в связи с тем, что прежние дозы не вызывают желаемого эффекта, который достигается лишь с увеличением вводимого вещества.

Вторая стадия синдрома зависимости. Главный признак второй стадии алкоголизма, наркомании и токсикомании – физическая зависимость и связанная с ней явная абстиненция, возникающая при прекращении регулярного злоупотребления. Все же не при всех видах пристрастия возникает физическая зависимость. Этого не происходит, в частности, при гашишизме и кокаинизме. В этих случаях основное проявление – хроническая интоксикация, приводящая к тяжелым физическим и психическим расстройствам.

Физическая зависимость – состояние, при котором без постоянного приема психоактивного вещества нормальное функционирование организма становится невозможным. Прекращение употребления приводит к выраженной абстиненции.

Абстиненция – синдром отмены. Часто проявляется симптомами, противоположными тем, какие наблюдаются в токсическом опьянении. Так, возникают тревога, депрессия, апатия, бездеятельность, беспокойство и бессонница. У подростков абстиненция отличается психопатоподобным поведением, стремлением ее скрывать, выдавая, например, возникающие вегетативные расстройства за соматические заболевания. У них особенно выраженными могут

быть постабстинентные состояния в виде астении со слабодушием (легко возникающими и быстро истощающимися аффектами), со склонностью к раскаянию и иногда с нестойкими идеями обвинения.

Компульсивное влечение — неодолимое, неподдающееся подавлению. В этой стадии подросток скрыть свое влечение не способен.

Анозогнозия — неспособность признать наличие болезни (наркомании или алкоголизма). Только иногда сразу после абстиненции некоторые подростки не отрицают факта наличия тяжелой зависимости.

Почти всегда обнаруживаются изменения картины опьянения, усиление толерантности и нарастающая социальная дезадаптация.

Изменение картины опьянения. При опийных наркоманиях вместо бездеятельности в момент переживания блаженного состояния (кайфа) при опьянении появляется стремление к деятельности. При алкоголизме опьянение может вместо подъема настроения или благодушия (эйфории) проявиться мрачностью (дисфорией), раздражительностью или провалами в памяти (палимпсестами).

Продолжающийся рост толерантности (переносимости). Как правило, в этой стадии продолжается нарастание переносимости (толерантности) к психоактивным веществам, исключение составляют лишь немногие из них (кокаин). У подростков следует опасаться исчезновения повышенной переносимости, так как в этих случаях (например, при опийной наркомании) может развиться очень тягостное состояние с рвотой, ознобом, помрачением сознания.

Нарастающая социальная дезадаптация, имевшая место уже при аддиктивном поведении, наличествует и в этой стадии болезни. Подростки не учатся и не работают, не общаются ни с кем, кроме сомнительных «друзей». Как правило, они ведут паразитический образ жизни, обирая родителей, а иногда и попросту вымогая у них деньги на необходимый наркотик. Ради последнего они не гнушаются совершать преступления: воровать, грабить и даже убивать.

Проявления хронической интоксикации выражены различно при болезнях, вызванных разными психоактивными веществами.

И., 22 года, из благополучной семьи, был учащимся медицинского училища.

С 16 лет в компании подростков начал курить анашу, до этого лишь несколько раз угощали алкогольными напитками. Причину своего интереса к «травке» объяснял желанием пережить что-то новое, а также любопытством. Влечение к этому наркотику связывал с возникающим во время курения успокоением, благодушием, отдалением всего неприятного, что его беспокоило. Спустя 2 года стал испытывать давление «своего круга» — уговаривали попробовать «на-

стоящий наркотик». Он понимал опасность привыкания, боялся, что «сядет на иглу» и не сможет прервать неминуемое пристрастие. Несмотря на осознавание последствий, через несколько месяцев решился попробовать сделать себе инъекцию героина. Уже ко второму-третьему разу возникла непреодолимая тяга к этому средству, о прекращении уколов не могло быть и речи. Во время наркотического опьянения испытывал общее расслабление и необычное блаженство, которое сравнивал с оргастическим переживанием. Вскоре, когда своевременно не мог получить наркотик, испытывал синдром отмены, во время которого «крутило колени, тянуло спину, ломало все тело, возникали рвотные движения, появлялся понос, разболевался живот, все тело покрывалось холодным потом, на фоне резко упавшего настроения возникал сильный страх, боялся умереть». В то же время все становилось безразличным, невозможно было сделать никаких усилий. Понимал, что «ломка» может заставить его сделать все, что угодно, и при этом использовать любые средства, в том числе и преступные, для получения наркотика. Игорь не ограничивался этими двумя препаратами, он экспериментировал и с другими. Желание испытать что-то еще более необычное привело к приему галлюциногена, диэтиламида лизергиновой кислоты (ЛСД). Пережил очень яркое и временами болезненное искажение реальности: на фоне панического страха ощущал необычную яркость красок окружающего мира, непереносимую остроту звуков, а также изменение очертаний и форм предметов. Несмотря на тягостность переживаний, повторял опыты с этим препаратом. В отсутствии героина пользовался первитином, который у него вызывал необычный подъем сил, прилив энергии, полет мыслей, эмоциональное оживление, переживание своего всемогущества. Под влиянием родителей и с помощью нарколога больного удалось поместить в клинику, однако и спустя месяц после прекращения приема наркотиков еще оставалось желание вернуться к прежнему, хотя в беседе строил планы на будущее, хорошо анализировал обстоятельства, приведшие его к наркомании.

Резюмируя этот случай, можно сказать, что в настоящее время от экспериментирования с наркотиками не может защитить ни порядочная семья, ни знакомство с опасными последствиями приема психоактивных веществ. Группирование подростков, их конформность и стремление испытать неизведанное оказываются сильнее осторожности и имеющихся знаний. Только насыщенная интересными занятиями и эмоционально богатая жизнь подростков могут рассматриваться в качестве альтернативы увлечению подростков психоактивными веществами и отклоняющимся поведением.

В случаях *хронической интоксикации ингалянтами* возникают нарушения памяти, концентрации внимания, сообразительности, замедляется ориентирование в окружающей обстановке и скорость реакций. Ухудшается способность усваивать учебный материал, из-за чего нередко подростки прекращают посещать учебное заведение, отказываются от учебы, убегают из дома или интерната. Одни становятся вялыми, пассивными, медлительными, другие — злобными, драчливыми, аффективно взрывчатыми. Появля-

ются неврологические симптомы: мышечное дрожание, повышение рефлексов, головные боли, плохой сон, головокружения, потливость. В некоторых случаях возможно возникновение галлюцинаторно-бредовых расстройств (психоза) продолжительностью от нескольких недель до многих месяцев.

ПРИЗНАКИ ИНТОКСИКАЦИИ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Специалистам, работающим с молодежью, при отклоняющемся поведении подростка нередко приходится решать вопрос о возможном употреблении им наркотиков, в особенности в том случае, когда он общается с наркоманами. Здесь приводятся признаки интоксикации, возникающие при приеме психоактивного вещества, и соматоневрологические проявления последствий многократного его употребления (табл. 1).

Таблица 1

Признаки интоксикации при приеме психоактивных веществ

Психоактивное вещество	Психические и другие нарушения при интоксикации	Признаки многократного применения наркотиков
Опиаты: опий, морфин, героин, кодеин, метадон и др.	Эйфория, экстаз, сонливость, нарушение сознания, тревожность, смазанная речь, заторможенность, утрата аппетита, снижение полового влечения и общей активности	Сонливость, стремление к уединению. Изменение личности. Суженные зрачки, не реагирующие на свет, замедленная и растянутая речь, следы от инъекций на верхних и нижних конечностях, в паховой области. Снижение болевой чувствительности
Препараты конопли: гашиш, марихуана, анаша и др.	Эйфория, тревога, подозрительность, смех, расслабление, ощущение пустоты в голове, речевое возбуждение, жестикуляция, легкость тела, искажение восприятия пространства	Словоохотливость, колебания настроения, налитые кровью глаза, повышенный аппетит. Тревога, депрессия, безразличие, бездеятельность
Психостимуляторы: фенамин, метилфенидат, эфедрон и др. сходные	Возбуждение, болтливость, эйфория, подозрительность, раздражительность, агрессивность, депрессия, бессонница, головокружение, учащенное сердцебиение	Гиперактивность, расширенные зрачки, выпуклость глаз, запах изо рта, язвы в полости рта, покраснение кожи. Гиперсексуальность. Анорексия. Диссомния

Психоактивное вещество	Психические и другие нарушения при интоксикации	Признаки многократного применения наркотиков
Растворители: пары клея, осветляющих или очищающих жидкостей, бензин, аэрозоли	Эйфория, ощущение пустоты в голове, спутанность сознания, галлюцинации, потеря аппетита, вспыльчивость, смазанная речь. Легко происходит передозировка, приводящая к повреждению внутренних органов, мозга и смерти от асфиксии	Изменение поведения и личности. Расширенные или суженные зрачки, налитые кровью глаза, отек вокруг глаз, шмыганье носом. Запах растворителей изо рта
Успокаивающие, снотворные препараты (транквилизаторы): диазепам, нитразепам и др.	Расслабление, снижение тревоги, замедление психической и физической активности, сонливость, депрессия, спутанность. Притупление восприятия удовольствия и боли. Обильный пот, падение кровяного давления, судороги	Сонливость, рассеянность, повышенная агрессивность. Влияние обычных социальных ограничений ослабевает или исчезает
Галлюциногены (вещества, изменяющие восприятие): ЛСД, галлюциногенные грибы, кактусы	Галлюцинации, иллюзии, деперсонализация, бред, паника, депрессия, суицидальные намерения, провалы в прошлое, ступор, расширение зрачков, учащенное сердцебиение, потливость, дрожание	Непредсказуемое или буйное поведение, расширенные зрачки
Алкогольсодержащие напитки	Искажение оценки происходящего, говорливость, изменение настроения, агрессивность, нарушение внимания, амнезия. Покраснение лица, нарушение координации, смазанная речь	Изменение личности, пренебрежение нравственными нормами в поведении, снижение интеллекта, эмоциональная неустойчивость, раздражительность

ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Преодоление развившейся зависимости от психоактивных веществ является трудным, а во многих случаях и бесперспективным делом. Профилактика – наиболее эффективное средство против распространения наркомании среди подрастающего поколения. Предупреждением возникновения зависимости должны заниматься те, кто постоянно общается с детьми, хорошо их знает и владеет необходимыми педагогическими приемами. В первую очередь это относится к работникам образовательных учреждений: педагогам и психологам, а также к родителям учеников.

Занимающимся профилактикой следует иметь в виду, что распространение знаний о психоактивных веществ и формирование отрицательного к ним отношения должны сочетаться с вырабатыванием опыта отказа от ингаляции токсических веществ, алкоголизации и наркотизации. Иными словами, только воспитание — необходимый и эффективный инструмент, способный препятствовать тому, чтобы дети и подростки решали свои жизненные проблемы с помощью наркотизации.

Реальная устойчивость к наркогенному давлению среды может быть сформирована лишь в том случае, если у ребенка развиты общие механизмы эффективной социальной адаптации, т. е. подросток сможет реализовать свои социальные потребности, не прибегая к наркотикам.

Таким образом, педагогическая профилактика — это сочетание социализации, самовоспитания и специального антинаркотического воспитания.

В настоящее время профилактическая работа осуществляется в условиях, когда дети и подростки из средств массовой информации (73—90%), от родителей (9—27%), друзей (19—62%) или учителей (4—17%) уже получили сведения о наркотиках, которые, может быть, все же не были правильно поняты или не были исчерпывающими. В связи с этим ученики, как правило, неправильно оценивают степень вреда психоактивных веществ, опасность возникновения наркомании и тяжесть этого недуга (продолжительность жизни наркоманов). При этом дети, в отличие от подростков, больше опасаются наркотиков, считают эти вещества более вредными. В то же время дети знают меньшее число различных психоактивных веществ (76% не называет 5) и менее о них осведомлены, чем подростки (знают до 20). Таким образом, трудность профилактики заключается в том, что приходится преодолевать имеющиеся у детей заблуждения при условии, что взрослые мало уделяют внимания этой проблеме.

Были выделены *три фактора выявления групп риска по употреблению психоактивных веществ*: фактор опасения, фактор окружения и фактор личного опыта. Они позволяют судить о степени риска по предрасположенности подростков к наркотизации. А это в свою очередь дает возможность определять основные направления профилактической работы. Так, риск по фактору опасения говорит о необходимости просветительской работы, направленной на развитие знаний о вреде наркотиков для организма и личности человека. Фактор окружения указывает на опасную близость к подростку людей, употребляющих наркотики, и в данном случае требуются меры для изменения круга общения. Риск по фактору личного опыта свидетельствует о необходимости серьезных мер профилактики, а в некоторых случаях, возможно, и лечения [Шипицына Л. М., 2000].

Воспитательную работу по предупреждению наркомании не следует сводить только к санитарному просвещению, она должна быть многосторонней. Эта работа рассматривается как форма стимулирования индивида к реализации его потенциальных возможностей и установлению социальных взаимоотношений.

Формирование позитивной Я-концепции и повышение самооценки подростка позволяют ему выбрать интересное и увлекающее его занятие. А сосредоточение на приносящем удовлетворение занятии может стать важным условием, препятствующим развитию интереса к психоактивным веществам.

Создание вокруг ребенка (подростка) теплой эмоциональной атмосферы, воспитание чувства причастности к происходящему с близкими людьми — средство борьбы с возникновением душевной пустоты и еще одно существенное условие противодействия наркотизации.

Окружение ребенка (подростка) сверстниками или взрослыми людьми, заинтересованными в нем и вовлекающими его в общую социально полезную активность,— важный момент преодоления соблазнов наркотизации.

В профилактическую работу следует включить одну или несколько из нижеперечисленных программ, которые полезны как для уже экспериментирующих с наркотиками детей (подростков), так и для тех, кто еще не имеет опыта их употребления.

1. Профилактическая программа для группы из 8—12 подростков 8—11-х классов, состоящая из ряда методик и игр. (Российско-германское учебное пособие/ Под ред. Ананьева В. А.— СПб.: Иматон, 1996.)

2. Программа Lions-Quest для детей и подростков 10—15 лет, рассчитанная на устранение причин отклоняющегося поведения подростков и привитие им позитивных жизненных установок.

3. Курс профилактики злоупотребления алкоголем и наркотиками для подростков 12—17 лет. (Павлова Ю. С., Творогова Ю. А. Будущее без наркотиков.— СПб., 1998.)

4. Модель реабилитационно-профилактической работы «Второе рождение». (Пути и методы предупреждения подростковой и юношеской наркомании/ Под ред. Березина С. В., Лисецкого К. С., Орешниковой И. Б.— Самара: СГУ, 1999.)

Существуют и другие программы, которые можно использовать для целей профилактики.

? Тест для самостоятельной работы

1. Психоактивное вещество — это:
   а) вещество, употребление которого вызывает привлекательное психическое состояние, а при систематическом употреблении — психическую или физическую зависимость;
   б) вещество со значительной общественной опасностью и вредом, причиняемым здоровью индивида и включенное в список Минздрава;
   в) любое лекарственное вещество.

2. Наркотик — это:
   а) психоактивное вещество со значительной общественной опасностью и вредом, причиняемым здоровью индивида и включенное в список Минздрава.
   б) любое психоактивное вещество;
   в) любое лекарственное вещество;

3. Наркомания — это:
   а) болезнь, вызванная систематическим употреблением веществ, включенных в список наркотиков, и проявляющаяся зависимостью от этих веществ — психической, а иногда и физической;
   б) повторное употребление наркотика;
   в) болезнь, проявляющаяся психической, а иногда и физической зависимостью от любого психоактивного вещества.

4. Токсикомания — это:
   а) болезнь, проявляющаяся психической, а иногда и физической зависимостью от вещества, не включенного в официальный список наркотиков;
   б) болезнь, вызванная систематическим употреблением веществ, включенных в список наркотиков, и проявляющаяся зависимостью от этих веществ — психической, а иногда и физической;
   в) регулярное употребление психоактивного вещества.

5. Аддиктивное поведение — это:
   а) злоупотребление различными психоактивными веществами до того, как от них сформировалась физическая зависимость;
   б) групповая психическая зависимость;
   в) употребление наркотиков в компании.

6. Абстинентный синдром (синдром отмены) — это:
   а) синдром физических и (или) психологических нарушений, который развивается после резкого прекращения употребления наркотика (психоактивного вещества);
   б) потребность увеличения доз наркотика для достижения одинаково желаемого результата;
   в) выпадение из памяти отдельных периодов опьянения.

7. Толерантность — это:
   а) сниженная биологическая или поведенческая реакция на повторное введение одного и того же наркотика (психоактивного вещества), выражающаяся в потребности увеличения его доз для достижения одинаково желаемого результата;
   б) повышенная чувствительность к психоактивному веществу;
   в) извращенная реакция на психоактивное вещество.

8. Развитие модели аддиктивного поведения зависит от:

а) общих механизмов, которые могут быть разделены по ведущим мотивам и личностным особенностям;

б) мотивов, приведших к знакомству с психоактивным веществом;

в) способов принуждения к употреблению.

9. Факторы риска развития наркомании — зависимости от психоактивного вещества — это:

а) наследственная предрасположенность, стрессы, боль и самолечение, особенности личности, социальные и культурные факторы;

б) исключительно генетическая запрограммированность;

в) только социальные и культурные факторы.

10. Наиболее опасный возраст для начала экспериментирования с любыми психоактивными веществами — это:

а) 14—15 лет;

б) 12—13 лет;

в) 16—17 лет.

11. Компульсивное влечение — это:

а) неодолимое, неподдающееся подавлению, с невозможностью его скрыть;

б) неустойчивое влечение;

в) несозревшее влечение.

12. Стадии развития алкоголизма, успевающие проявиться в подростковом возрасте,— это:

а) 1-я — индивидуальная психическая зависимость, 2-я — развитие физической зависимости и отсутствие 3-й — развития стойких психических нарушений и психозов;

б) 1-я — индивидуальная психическая зависимость;

в) все три стадии.

13. Признаки 1-й стадии алкоголизма у подростков — это:

а) индивидуальная психическая зависимость, постоянное влечение к алкоголю, стертая абстиненция, повышение толерантности;

б) развитие физической зависимости, выраженная абстиненция, неодолимое влечение, психопатизация;

в) злоупотребление различными психоактивными веществами до того, как от них сформировалась физическая зависимость.

14. Признаки 2-й стадии алкоголизма у подростков — это:

а) развитие физической зависимости, выраженная абстиненция, неодолимое влечение, психопатизация;

б) индивидуальная психическая зависимость, постоянное влечение к алкоголю, стертая абстиненция, повышение толерантности;

в) развитие стойких психических нарушений и психозов.

🕮 *Рекомендуемая литература*

Буторина Н. Е. Возрастные особенности алкоголизма.— Л.: ГИДУВ, 1986.

Вуилстик К. Санитарное просвещение по вопросам курения, алкоголизма и наркомании.— Копенгаген: ВОЗ, 1981.

Гурьева В. А., Гиндикин В. Я. Юношеские психопатии и алкоголизм.— М.: Медицина: 1980.

Егоров А. Ю. Основы наркологии.— СПб.: ИСПиП, 2000.

Кесельман Л. Е. Социальные координаты наркотизма.— СПб.: РАН, 1999.

Короленко Ц. П., Завьялов В. Ю. Личность и алкоголь.— Новосибирск: Наука, 1987.

Ларионов А. В. Наркомания.— Екатеринбург, 1997.

Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология.— Л.: Медицина, 1991.

Наркология/ Под ред. Л. С. Фридмана и др.— М.: Бином, СПб.: Невский диалект, 1998.

Немчин Т. А., Цыцарев С. В. Личность и алкоголизм.— Л.: ЛГУ, 1989.

Павлова Ю. С., Творогова Ю. А. Будущее без наркотиков.— СПб., 1998.

Пути и методы предупреждения подростковой и юношеской наркомании/ Под ред. С. В. Березина и др.— Самара: СГУ, 1999.

Речнов Д. Д. и др. Шаг за шагом от наркотиков.— СПб.: ЦПН, 1999.

Смит Э. У. Внуки алкоголиков.— М.: Просвещение, 1991.

Тихомиров С. М. Внешние признаки потребления наркотиков и токсикантов.— СПб., 1998.

Шабалина В. В. Зависимое поведение школьников.— СПб., 2001.

Школа без наркотиков/ Под ред. Л. М. Шипицыной, Е. И. Казаковой.— 2-е изд.СПб.: «Детство-Пресс», 2001.

Глава 28
РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ
(психопатии)

ПСИХОПАТОПОДОБНЫЕ НАРУШЕНИЯ
(патологические развития личности – F60)

В пубертатном возрасте формируются личности, называемые психопатическими и отличающиеся от нормальных по ряду особенностей, которые мешают им безболезненно для себя и для других приспособляться к окружающей среде. Эти постоянные свойства хотя и могут в течение жизни усиливаться или развиваться, однако резко не меняются. Они определяют весь психический облик индивида [Ганнушкин П. Б., 1933].

Длительно существующие, глубокие и стойкие расстройства характера, дезадаптивные модели поведения, затрагивающие различные сферы психической деятельности. Дезадаптивные особенности могут касаться поведенческих, эмоциональных, интеллектуальных, перцептивных или психодинамических проявлений. Диагноз психопатии ставится на основании признаков, разработанных О. В. Кербиковым (1971): 1) тотальность патологических черт характера, проявляющихся в трудовых и семейных условиях, в обычных и стрессовых ситуациях; 2) стабильность патологических черт характера, сохраняющихся на протяжении всей жизни; 3) социальная дезадаптация, являющаяся следствием именно патологических черт характера.

Диагноз и симптомы (по *DSM-IV*):

1) у больного длительное время имеются трудности в различных сферах жизни;
2) эгосинтонные модели поведения, приемлемые личностью;
3) ригидность;
4) скрытая защитная реакция в виде тревоги;
5) недостаток сочувствия (сопереживания);
6) незавершенное развитие;
7) межличностные трудности на работе и в любви.

Диагноз расстройства личности может быть поставлен, если состояние удовлетворяет следующим критериям *(МКБ-10)*:

А. Заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая обычно несколько сфер функционирования (аффективность, возбудимость, контроль побуждений, процессы восприятия и мышления, а также стиль отношения к другим людям).

Б. Хронический характер аномального стиля поведения, возникшего давно и не ограничивающегося эпизодами психической болезни.

В. Аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчетливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций.

Г. Вышеупомянутые проявления всегда возникают в детстве или подростковом возрасте и продолжают свое существование в периоде зрелости.

Д. Расстройство приводит к значительному личностному дистрессу, но это может стать очевидным только на поздних этапах течения времени.

Е. Обычно, но не всегда, расстройство сопровождается существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.

Распространенность. Встречаются у 6–9% населения. У мужчин и женщин встречаются с одинаковой частотой. Имеется неспецифическая предрасположенность к психическим расстройствам в анамнезе.

Этиология. Генетические факторы принимают участие в формировании некоторых расстройств личности. Высокий показатель конкордантности у монозиготных близнецов. Наряду с конституциональными (наследственными по своему происхождению) психопатиями в подростковом возрасте могут под влиянием неправильного воспитания, продолжительного плохого влияния, физического насилия или инцеста завершить свое формирование патохарактерологические развития (приобретенные, краевые психопатии). В этом же периоде жизни наиболее яркое выражение приобретают органические психопатии, являющиеся следствием пренатальных, натальных и ранних постнатальных поражений мозга. Психопатоподобные расстройства органического происхождения (энцефалит, травма головного мозга), возникшие в более раннем возрасте в пубертатном периоде, достигают наибольшей выраженности. Клиническое разнообразие личностных нарушений можно уложить в соответствии с разнообразием симптомов в 10 форм.

ПАРАНОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ (паранойяльная психопатия – F60.0)

Параноидное расстройство личности характеризуется:

а) чрезмерной чувствительностью к неудачам и отказам;
б) тенденцией быть недовольным кем-то, т. е. отказом прощать оскорбления, причиненный ущерб и отношение свысока;

в) подозрительностью и общей тенденцией к искажению фактов путем неверного истолкования нейтральных или дружеских действий других людей в качестве враждебных или подозрительных;
г) воинственным отношением к вопросам, связанным с правами личности, что не соответствует фактической ситуации;
д) возобновляющимися неоправданными подозрениями относительно сексуальной верности полового партнера;
е) тенденцией к переживанию своей повышенной значимости, что проявляется постоянным отнесением происходящего на свой счет;
ж) охваченностью несущественными «законспирированными» толкованиями событий, происходящих с данной личностью или в мире.

Самое характерное свойство этих больных — склонность к образованию сверхценных (сильно эмоционально заряженных) идей, которые определяют все их поведение. Это становится возможным из-за уверенности в собственной значимости, односторонности восприятия окружающей действительности, т. е. только того, что касается личности, недостатка критики, субъективности и сильной аффективной окрашенности мышления. В связи с этим ими правильным считается лишь только то, что хочется или нравится. К их числу относятся идеи о наличии несуществующего заболевания, о необычном изобретении, идеи ревности, воздействия, реформаторства и т. д. Примерами людей с различными вариантами параноидных расстройств личности могут быть следующие.

Кверулянт — человек, который без смущения упорно ведет борьбу за свои права. При этом поведение личности становится фанатичным, спорщицким и бескомпромиссным или даже бесцеремонным. Он озлобленно борется против неправоты, и чаще речь идет не о возмещении материального ущерба, а о соблюдении прав, справедливости.

Рентный кверулянт — больной человек, который из-за обиды, недостаточно оцененной тяжести состояния или непонятного заключения настойчиво и агрессивно ведет борьбу за материальную компенсацию, корректировку заключения, диагноза, восстановление прав (инвалида).

Фанатик — проповедует идеи (политические, религиозные, приверженность к той или иной диете), в которых убежден, безоглядно, бескомпромиссно, пренебрегая правовыми и моральными аспектами, борется за их реализацию, продвижение в «массы».

ШИЗОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ (аутистическая психопатия, патологически замкнутая личность, чудак – F60.1)

Эта личность отличается дисгармонией развития, отсутствием единства, противоречивостью эмоций, стремлений и поступков. Для этого расстройства характерны:

а) неспособность испытывать удовольствия;
б) эмоциональная холодность, отчужденная или уплощенная аффективность;
в) неспособность проявлять теплые, нежные чувства по отношению к другим людям, равно как и гнев;
г) слабая ответная реакция как на похвалу, так и на критику;
д) незначительный интерес к сексуальным контактам с другим лицом;
е) склонность к фантазиям и интроспекции;
ж) неизменное предпочтение уединенной деятельности;
з) заметная нечуткость к преобладающим социальным нормам и традициям;
и) отсутствие близких друзей или доверительных отношений (или существование лишь одной связи) и отсутствие желания иметь такие отношения.

Шизоид – амбивалентная конфликтная личность, которая определяется «психастеническими пропорциями» между холодностью и грубостью, с одной стороны, и сверхчувствительностью, с другой. «Гиперэстетические чувства показывают... как сверхчувствительность и ранимость приводят через повседневные трения жизни к нервозности, наконец к огрубению... к сложным вспышкам ярости. Астенические качества... проявляются как острая, активная холодность или пассивная тупость, сужение интересов на ограниченных аутистических зонах, как „толстокожесть“ или непроницаемая бесстрастность. Их непоследовательность – это то нетерпимая безудержность, то более активное расположение духа, их живучесть манифестирует характерологически в разных вариантах: это стальная энергия, строптивое упрямство, педантичность, фанатизм, систематическая последовательность в мышлении и действиях» (Кречмер).

Шизоидам трудно находить естественный контакт с окружающими. Они остаются на расстоянии и страдают от своей изолированности; робки и склонны больше других людей скрывать свое сокровенное. В межчеловеческих отношениях они двойственны и недоверчивы, склонны к внезапным разрывам контактов. Недостаток эмпатии (умения сопереживать другим) усугубляет имеющиеся трудности общения. В сексуальной жизни у них много конфликтов. Недоучет неписаных и узаконенных правил отношений между людьми нередко приводит к возникновению эксцентричных

поступков. При такой замкнутости удовлетворение может прийти лишь от излюбленного дела. Декомпенсации шизоидной психопатии чаще всего связаны с необходимостью устанавливать неформальные контакты.

ДИССОЦИАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ (антисоциальная, неустойчивая, безвольная или анэтическая психопатия – F60.2)

Обращает на себя внимание несоответствием поведения социальным нормам:

а) бессердечное равнодушие к чувствам других;
б) грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежения социальными правилами и обязанностями;
в) неспособность поддерживать взаимоотношения при отсутствии затруднений в их становлении;
г) крайне низкая толерантность к фрустрациям (неудачам), а также низкий порог разряда агрессии, включая насилие;
д) неспособность испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта, особенно наказания;
е) выраженная склонность обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения своему поведению, приводящему субъекта к конфликту с обществом.

Они пренебрегают существующей моралью, не способны поддерживать прочные деловые, дружеские, семейные и сексуальные взаимоотношения, не способны извлекать уроки из ошибок и ситуаций, приведших к наказаниям, за которые грозит осуждение. Часть из лиц, имеющих расстройство поведения, отличаются постоянной раздражительностью.

Уже в детстве отмечается уклонение от учебы, от всякого труда, стремление к развлечениям и удовольствиям, побеги, участие в асоциальных компаниях и групповых правонарушениях (кражи), где такие подростки оказываются на подчиненных ролях.

ЭМОЦИОНАЛЬНО-НЕУСТОЙЧИВОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ (импульсивная или эксплозивная психопатия – F60.3)

Характеризуется тенденцией действовать неожиданно и без учета возможных последствий, конфликтностью, нередко сопровождаемой драками, в особенности при подавлении или осуждении другими их импульсивных поступков, вспышками неконтро-

лируемой ярости и жестокости, неумением планировать что-либо заранее и предвидеть будущие события, неспособностью устойчиво работать, если за это не последует вознаграждение, неустойчивым и капризным настроением. Имеющаяся склонность к созданию напряженных (неустойчивых) отношений с другими может приводить к повторяющимся эмоциональным кризисам и осложняться угрозами самоубийства или самоповреждениями. Выделяют два варианта этого расстройства личности.

Импульсивный тип (F60.30) – преобладающими характеристиками являются эмоциональная неустойчивость и отсутствие способности управлять своим импульсивным поведением. Обычны вспышки жестокости и угрожающего поведения, особенно в ответ на осуждение окружающих.

Пограничный тип (F60.31) характеризуется помимо проявлений эмоциональной неустойчивости еще и тем, что образ «Я», намерения и внутренние предпочтения (включая сексуальные) часто непонятны или нарушены. Имеется склонность к попаданию в напряженные (неустойчивые) отношения, что может привести к возобновляющимся эмоциональным кризисам и сопровождаться суицидальным поведением и актами аутоагрессии (без видимых к тому поводов).

ИСТЕРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ (демонстративная или жаждущая признания психопатия – F60.4)

Эта аномалия личности проявляется:

а) самодраматизацией, театральностью, преувеличенным выражением эмоций;
б) внушаемостью, подверженностью влиянию окружающих или обстоятельств;
в) поверхностностью и лабильной эмоциональностью;
г) постоянным стремлением к возбужденности, признанию со стороны окружающих и деятельности, при которой индивид находится в центре внимания;
д) неадекватной обольстительностью во внешнем виде и поведении;
е) чрезмерной озабоченностью физической привлекательностью.

Им свойственна дисгармоничность развития отдельных сторон личности при наличии выраженных признаков несоответствующей возрасту детскости. Они отличаются легковесными, неестественными и бурными эмоциональными проявлениями, создающими впечатление глубины переживаний, неослабевающей жаждой при-

знания. Мысли и восприятия имеют импрессионистский стиль, т. е. находятся во власти впечатлений и искажаются ими. В связи с этим поведение одновременно и зависимо-беспомощное, и требовательное. Часты повторные манипулятивные суицидальные высказывания, намерения и действия. За истерическим фасадом скрывается низкая самооценка, пустота чувств, прячущаяся за активностью, и глубокая неуверенность в своей половой идентичности. Стремление к самоутверждению или манипуляция другими в действительности являются выражением сексуального желания, потребности в удовлетворении инстинктивных желаний или компенсации неосознанной неполноценности. В своем стремлении перед собой и перед другими казаться больше, чем они есть на самом деле, истерические личности переживают больше, чем способны пережить. Вместо истинных и обоснованных переживаний с их естественным выражением выступают притворные, артистические, вымученные переживания (Ясперс К.). Одни истерические личности (псевдологи) своими невероятными рассказами о грандиозных событиях или трагических несчастьях, неразделенной любви, жестоком насилии и коварном обольщении пытаются обманным путем привлечь к себе сочувствие, помощь и поддержку окружающих. Другие (псевдофантасты) своими грезоподобными фантазиями обманывают себя и прячутся за этими вымыслами от будничной, трудовой и полной ответственности реальности.

ПСИХАСТЕНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ (ананкастная, тревожно-мнительная психопатия, тревожно-компульсивное расстройство личности – F60.5)

Этот вид психопатии характеризуется:

а) чрезмерной склонностью к сомнениям и осторожности;
б) озабоченностью деталями, правилами, перечнями, порядком, организацией или графиками;
в) перфекционизмом (стремлением к совершенству), препятствующим решению задач;
г) чрезмерной добросовестностью, скрупулезностью и неадекватной озабоченностью продуктивностью в ущерб удовольствию и межличностным связям;
д) повышенной педантичностью и приверженностью социальным условностям;
е) ригидностью и упрямством;
ж) необоснованными настойчивыми требованиями больного того, чтобы другие делали в точности, как и он сам, или неблагоразумным нежеланием позволять выполнять что-либо другим людям;

з) появлением настойчивых и нежелательных мыслей и влечений.

Переживается постоянное беспокойство, тревога за свое будущее и будущее близких и родных людей. Из-за нетерпеливости после принятия решения совершаются скоропалительные действия именно тогда, когда требуется осмотрительность. Застенчивость может смениться неожиданной и ненужной безапелляционностью. Навязчивые мысли, движения, ритуалы, опасения, придуманные приметы наблюдаются почти постоянно. Декомпенсация, т. е. утяжеление личностного расстройства под влиянием неблагоприятных обстоятельств, чаще происходит в ситуациях, требующих особой ответственности. При этом декомпенсация, как правило, приводит к появлению или ухудшению навязчивых состояний. Эта психопатия обычно начинает формироваться уже в школьном возрасте. С возрастом при увеличении ответственности, которую берет на себя индивид, выраженность расстройств личности усиливается.

ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ (избегающее расстройство личности, сенситивная психопатия – F60.6)

Это расстройство личности имеет следующие отличительные черты:

а) постоянное общее чувство напряженности и наличие мрачных предчувствий;
б) представление о своей социальной неспособности, личностной непривлекательности и приниженности по отношению к другим;
в) повышенная озабоченность критикой в свой адрес или неприятием в социальных ситуациях;
г) нежелание вступать во взаимоотношения без уверенности не быть отвергнутым или поднятым на смех;
д) самоограничения в стиле жизни для создания и поддержания чувства безопасности;
е) уклонения от активной общественной или профессиональной деятельности, связанной с множественными межличностными контактами из-за опасения неодобрительного отношения или даже отвержения.

Такие люди постоянно пребывают в чрезмерных опасениях подвергнуться критике, пересудам или осуждению в тех или иных ситуациях. Их основные особенности: большая впечатлительность и чувство собственной неполноценности. Они у себя находят так много недостатков, что очень боятся подвергнуться насмешкам и

осуждению. Они производят впечатление замкнутых людей, однако их отгороженность — следствие опасения чужих людей и незнакомых ситуаций. В привычном для них обществе они достаточно общительны. Декомпенсация у тревожных личностей может наступить в случаях, когда они становятся объектом недоброжелательности, когда на их репутацию падает тень или они подвергаются несправедливым обвинениям. В этих ситуациях они способны тайно готовиться к самоубийству или неожиданно проявить отчаянное поведение вплоть до нанесения тяжких увечий или попытки убить обидчиков.

ЗАВИСИМОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ (пассивная личность, конформная личность, конституционально-глупая слабовольная психопатия — F60.7)

Эту патологическую личность характеризуют:

а) активное или пассивное перекладывание на других большей части важных решений в своей жизни;

б) подчинение своих собственных нужд потребностям других людей, от которых он зависит, и неадекватная податливость их желаниям;

в) неспособность предъявлять даже разумные требования лицам, от которых индивид находится в зависимости;

г) переживание чувства неудобства или беспомощности в одиночестве из-за чрезмерного страха неспособности к самостоятельной жизни;

д) страх быть покинутым лицом, с которым имеется тесная эмоциональная связь, и остаться предоставленным самому себе;

е) ограниченная способность принимать повседневные решения без настойчивых советов и подбадривания со стороны других лиц.

Таким образом, лиц с этим расстройством характеризует склонность перекладывать ответственность за себя на других и целиком подчиняться интересам того, от кого зависят, пренебрегая собственными желаниями. Это беспомощные, некомпетентные люди, не обладающие никакой жизнестойкостью, не способные нести ответственность за те или иные изменения в жизни и потому стремящиеся удовлетворить свою потребность иметь опекуна. За все перенесенные несчастья ответственность они возлагают на других.

Лечение расстройств личности. Медикаменты применяются лишь при декомпенсациях для купирования дисфории, тревоги, депрессии, при повышенной возбудимости или нарушенных влече-

ниях. С этой целью назначаются аминазин (25—75 мг в/м), тизерцин (25—75 мг в/м), седуксен (20—40 мг в/м), неулептил (30—90 мг), сонапакс (25—200 мг), нозепам (30—60 мг). Медико-педагогические меры должны сочетаться с психотерапией. Важно правильно ориентировать родителей на особенности личности страдающих психопатией. Подростки с умеренно выраженной психопатией осматриваются не реже 2 раз в год. Тяжелая психопатия и состояния декомпенсации требуют лечения. Подростки в зависимости от тяжести психопатии и наличия или отсутствия декомпенсации относятся к 5-й или 4-й группам здоровья. Профилактикой должны быть коррекционно-педагогические меры и психотерапия. При тяжелой и декомпенсированной психопатии подросток не может работать на производстве. Подростки с резко выраженными, некомпенсированными психопатиями негодны к военной службе. Подростки с умеренно выраженными личностными расстройствами, с неустойчивой компенсацией ограниченно годны к военной службе.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Дать определение расстройства личности. 2. Перечислить признаки, по которым ставится диагноз психопатии. 3. Дать классификацию расстройств личности (психопатий). 4. Охарактеризовать параноидное расстройство личности. 5. Охарактеризовать шизоидное расстройство личности. 6. Охарактеризовать диссоциальное расстройство личности. 7. Охарактеризовать эмоционально-неустойчивое расстройство личности. 8. Дать характеристику психастеническому расстройству личности. 9. Дать характеристику тревожному расстройству личности. 10. Дать характеристику зависимому расстройству личности. 11. Каковы возможные коррекционные педагогические меры при расстройствах личности? 12. Какова распространенность расстройств личности?

Рекомендуемая литература

Классификация психических и поведенческих расстройств. МКБ-10.— СПб.: АДИС, 1994.— С. 195—220.

Клиническая психиатрия/ Под ред. Г. Каплана, Б. Сэдок.— М.: Гэотар Медицина, 1998.— С. 269—289.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста.— М.: Медицина, 1995.— С. 389—416.

Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е. Психиатрия.— М.: Медицина, 1995.— С. 520—536.

Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия.— М.: Академический проект, 2000.— С. 150—205.

Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера.— Л.: Медицина, 1985.

Личко А. Е. Подростковая психиатрия.— Л.: Медицина, 1985.

Руководство по психиатрии/ Под ред. Г. В. Морозова. В 2 т.— М.: Медицина, 1988.— С. 301—349.

Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста/ Под ред. С. Ю. Циркина.— СПб.: Питер, 1999.— С. 517—538.

Глава 29
ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ И ЕГО ОТКЛОНЕНИЯ

Изучение психосексуального развития и его понимание имеет большое значение и для педагогов, и для психологов, работающих с детьми и подростками без отклонений и с проблемами в развитии. Актуальность этого определяется необходимостью учета половых особенностей формирующейся личности. Имеющееся своеобразие личности мальчика и девочки, юноши и девушки требует различного подхода при анализе индивидуальных особенностей их личности, поведения в процессе воспитания, при составлении учебных программ, при коррекции возникающих психологических трудностей. Оценивать психосексуальное развитие следует *по формированию половой идентичности, полоролевому поведению, дифференцированному развитию мужественности или женственности, информированности в вопросах пола, сексуальным проявлениям.* Однако для этого необходимо освоить соответствующую терминологию.

Термины пол, половое используются для обозначения биологических, психологических и социальных различий представителей мужского и женского пола.

Термины сексуальность и сексуальное употребляются для описания всего того, что связано с влечением к продолжению рода (сексуальные нормы, мораль, типы и техника сексуального поведения).

Эротика и эротическое – отображение в сознании всего, касающегося сексуальных проявлений (эмоциональные реакции и установки, эротические образы, мысли, фантазии, сновидения).

Неправильное употребление этих терминов может привести к смешению понятий, неправильной квалификации чувств, мыслей или поведения детей и в конечном итоге к неэффективным или неправильным коррекционно-педагогическим вмешательствам. Так, интерес детей младшего дошкольного возраста к различиям между полами, являющийся отражением естественной детской любознательности, может быть ошибочно принят за эротический. В связи с этим могут быть предприняты неадекватные воспитательные действия. Перед психологом и педагогом может встать серьезная задача – определить, насколько нормально, без отклонений протекает психосексуальное развитие того или иного ребенка

или подростка. Основой для такого заключения может стать представление о факторах, участвующих в психосексуальном развитии индивида. Большим подспорьем в этом может стать *схема половой дифференциации,* составленная Д. Мани (1980) и дополненная более новыми исследованиями (схема 1). В момент оплодотворения создается хромосомный пол женщины XX или мужчины XY. Комбинация хромосом определяет *генетическую программу* развития индивида. Мужские фетальные (зародышевые) гонады формируются из зародышевых гонад у плода с хромосомным полом XY под влиянием H-Y антигена, образуя гонадный пол. В после-



Схема 1. Половая дифференциация

дующем они превращаются в *семенники*. При отсутствии этого антигена у плодов с хромосомным полом XX развиваются женские гонады, которые в дальнейшем преобразуются в *яичники*. Эти превращения заканчиваются на 7-й неделе внутриутробного развития. Мужские гонады (*андрогены*) продуцируют зародышевые гормоны, приводящие между 4-м и 6-м месяцами к дифференциации центральной нервной системы (ЦНС) по мужскому типу. Под влиянием *эстрогенов* тогда же формируется ЦНС женского типа. В результате уже фетальная центральная нервная система дифференцируется по половому признаку.

Особенности строения *лобной доли* головного мозга у женщин позволяют им преимущественно там фокусировать свои речевые навыки, тогда как мужчины используют для этой цели теменные доли. *Мозолистое тело*, соединяющее правое и левое полушария головного мозга, у женских плодов шире, чем у мужских, что предопределяет у них равное развитие полушарий, обеспечивает лучшие связи между ними и приводит к возможности их успешного совместного функционирования, в частности, проявляющегося в лучшем развитии речи. *Гипоталамус*, организующий репродуктивное поведение людей, в зависимости от пола дифференцируется различно. Лучшее развитие передней части мужского гипоталамуса (большее число нейронов) в сравнении с таковым у женщин определяет мужское гетеросексуальное поведение. Гомосексуальную же ориентацию мужчин связывают с распределением нейронов, аналогичным наблюдаемому у женщин. Гормоны плода, формируя мужские и женские репродуктивные органы (*внутренний морфологический пол*), участвуют в создании наружных половых органов (*наружного морфологического пола*), определяя тем самым генитальную внешность будущего ребенка. При рождении на основе описания этой внешности устанавливается *«паспортный» пол* новорожденного. К сожалению, в редких случаях при недоразвитии мужских гениталий или при чрезмерном увеличении клитора у девочек возможна ошибочная регистрация противоположного пола. Неправильное воспитание в связи с этим приведет к формированию самосознания, не соответствующего истинному (хромосомальному и внутреннему морфологическому полу). Если ошибка не будет исправлена в первые годы жизни, то спустя 4—5 лет после рождения сделать это будет очень трудно. Правильная оценка пола окружающими и соответствующее полу воспитание, а также освоение ребенком собственной схемы тела и внешности формируют его *адекватное самосознание*. В результате у него в 2—3 года происходит *первичная (детская) половая идентификация*, то есть правильное определение своей половой принадлежности. Формирование половой идентичности расценивают либо как идентификацию с родителем того же пола, либо как научение соответствующей половой роли, либо как поведение в соответствии с «понима-

нием» своего пола. Однако, скорее всего, в становлении идентичности участвуют все эти и другие менее известные механизмы. Ребенок младшего дошкольного возраста под влиянием взрослых и сверстников, как правило, выбирает игрушки, игры, друзей в соответствии со своей половой принадлежностью, т. е. осваивает *первичное (детское) полоролевое поведение.* За 2—3 года до явных проявлений полового созревания гипоталамус и гипофиз начинают стимулировать гонады к интенсивной выработке мужских (у мальчиков) и женских (у девочек) половых гормонов, формируя пубертатный гормональный пол. Под влиянием этих гормонов происходит *половой метаморфоз.* У мальчиков появляются вторичные половые признаки, которые превращают его в подростка, а затем и в юношу. Вторичные половые признаки девочки преображают ее в девушку. У подростков обоего пола наряду с появлением новой — пубертатной морфологии возникают эротические переживания: образы, фантазии, сновидения и т. д. Половое самосознание, обогащенное восприятием нового телесного образа и новыми физиологическими процессами (менструациями, эйякуляциями), а также эротическими переживаниями, формирует вначале *подростковую,* а затем и окончательную *взрослую половую и сексуальную идентичность.* Устанавливается гетеросексуальная ориентация (стремление получить сексуальное удовлетворение от лиц противоположного пола). В соответствии с этим формируется *взрослое полоролевое и сексуальное поведение.* Подростки выбирают и находят объект своего сексуального интереса, затем ухаживают или другим образом обращают на себя внимание с тем, чтобы овладеть предметом своего увлечения.

Таким образом, половая дифференциация определяется как гормонами, так и мозгом. В свою очередь продукция гормонов находится в зависимости как от внешних факторов, т. е. от информации, получаемой мозгом из окружающей среды, так и от обмена веществ. Так, при разрушении зрительной или обонятельной системы у животных замедляется половое созревание. В то же время присутствие половозрелого самца ускоряет половое созревание самки. Половая дифференциация, приводящая в конечном итоге к *половому диморфизму* (разнице между полами), складывается не только из генетических, гормональных, соматических, но и из поведенческих и психологических различий, а также и сексуальной ориентации. При этом последние не обязательно совпадают с соматическими особенностями. Преобладание мужской агрессивности может, например, не сочетаться с типичным строением тела, свойственным сильному полу. В отличие от животных негормональные факторы играют большую роль в развитии всех сторон человеческого поведения. Оно формируется в связи с личным опытом и воздействием социального окружения. Иллюстрацией могут быть гермафродиты — лица, имеющие признаки мужского и

женского пола, поведение которых в основном определяется воспитанием.

Для оценки психосексуального развития всем работающим с детьми необходимо также ориентироваться в половой дифференциации, происходящей в основные этапы жизни детей и подростков. Критериями решения вопроса об отсутствии или наличии отклонений в развитии могут быть осведомленность детей в вопросах пола, формирование маскулинных (у мальчиков) и фемининных (у девочек) черт, а также сексуальное поведение.

ДОШКОЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ

Психологические особенности. Для понимания половозрастных особенностей психосексуального развития и сексуального поведения дошкольников необходимо учитывать специфику возраста. Это период формирования речи и половина пути интеллектуального развития. В это время возникает способность к общению и укрепляется потребность в нем. Ребенок выделяет себя из среды, осознает свое физическое и психическое «Я». Он проходит через возрастные кризисы 3-леток и 6—7-леток. Начинает осмысливать свои переживания и ориентироваться в них. Это период бурного развития, во время которого ребенок становится личностью, осознающей себя мальчиком или девочкой, т. е. проходит путь от предпосылок психосексуальной дифференциации к сформированным идентичности и половым ролям.

Биологические факторы. В этом возрасте до начала препубертата продолжается морфогенетическое и функциональное развитие гонад, а также систем, регулирующих их деятельность, и появление первых еще незрелых связей между ними. Как уже говорилось, один из основных факторов, от которого зависит половая дифференциация, – гормоны. Соотношение уровней мужских и женских гормонов в раннем дошкольном возрасте 1 : 1. В связи с этим строение и функции тела у мальчиков и девочек мало отличаются. В 6—7 лет происходит *увеличение* секреции гормонов и по мере нарастания их уровня создаются условия для будущих соматических изменений. Нейрофизиологический половой диморфизм станет более заметным к 10 годам, когда мозговые структуры достигнут определенного развития.

Динамика полоролевого поведения. С самого рождения мальчики и девочки отличаются. У девочек ниже пороги тактильной и болевой чувствительности, они больше спят. У мальчиков лучше развиваются мышцы, способные удерживать голову.

В 3 месяца на мальчика эффективнее действует зрительное поощрение, а на девочку – слуховое. В 6 месяцев у девочек сердце-

биение замедляется от джазовой музыки, у мальчиков – от прерывистых звуков.

В 13 месяцев девочки менее охотно уходят с рук матери, стремятся к физическому контакту с ней. Играют они пассивнее, столкнувшись с барьером, плачут, зовут мать, в то время как мальчики стремятся обойти препятствие.

К 2 годам матери чаще говорят с девочками и прижимают к себе, мальчиков же больше стимулируют физически. В 1,5–2 года происходит первичная половая идентификация, дети обоего пола осмысляют свою половую принадлежность и различия между полами. Однако еще в 5 лет могут допустить обратимость пола.

К 4 годам мальчики более маскулинны, чем девочки фемининны. Мальчики инициативнее, активнее, агрессивнее девочек и чаще стремятся быть первыми, лучшими. Возрастной кризис 3 лет у мальчиков проходит более резко. К 5–6-летнему возрасту уже хорошо выражено полоролевое поведение, дети не только понимают, к какому они принадлежат полу, но и их поведение соответствует осознаваемому полу. Дети проявляют инициативу в формировании однополых компаний и выборе игр, обнаруживают разные стили поведения и интересы. Треть детей обнаруживают глубокую привязанность к персоналу дошкольных детских учреждений, что, по-видимому, является проявлением поиска эмоционально значимых фигур, необходимых, в частности, для формирования половой идентичности. Большое количество (12%) детей, желающих изменить свой пол, возможно, является показателем их неудовлетворенности своей формирующейся половой идентичностью.

Сексуальное поведение. К проявлениям детской сексуальности относят поглаживание, чесание, трение, сдавливание половых органов, сосание пальцев и языка, кусание губ, растирание, трение низа живота, бедер. Проявлениями сексуальности также считаются чрезмерная нежность, сквернословие, соответствующие фантазии, письмо и рисование неприличного содержания, подглядывание за обнаженными людьми, причинение боли другим, стремление испытать мучения, разглядывание изображений обнаженных людей. Такое расширительное толкование детской сексуальности весьма условно. Судить об истинной сексуальности можно лишь по сочетанию с другими проявлениями.

Особенность детской сексуальности, как думает S. Freud, в том, что она по своему происхождению относится к одной из жизненных соматических функций, не имеет сексуального объекта и потому аутоэротична, и сексуальная цель меняется под влиянием преобладающих эрогенных зон. В связи с этим, по его мнению, психосексуальное развитие у детей проходит несколько фаз: оральную, анальную, генитальную и латентную. В действительности сексуальность не занимает такого преобладающего положения в жизни ребенка, как предполагали. С другой стороны, нельзя не

учитывать, что по мере взросления сексуальное поведение становится более выраженным у все большего числа детей, оно усложняется, и его развитие не прекращается. Таким образом, не существует латентного периода, когда ребенок якобы лишен сексуальных интересов и соответствующего поведения. Нет у ребенка и аутоэротичности, он не получает сексуального удовлетворения при стимулировании своего тела. Наблюдение за проявлениями сексуальности необходимо для оценки ее соответствия с возрастными нормативами.

Судить об этом можно по сексуальной активности и интересам, по понятиям о сексуальных различиях и рождении детей, по развитию половой дифференциации (выделению себя среди других, усвоению своих половых особенностей, заинтересованности мочеиспусканием, дефекацией, процессом рождения и т. д.). Для этой цели можно воспользоваться, в частности, материалами A. Gessell и F. Ilg.

В 10—12 месяцев ребенок, будучи раздетым, трогает гениталии.

В 18 месяцев проявляет особенную нежность к матери при волнениях.

В 2 года стремятся поцеловать мать, отличают мальчиков от девочек по одежде и прическе.

В 2,5 года знают о своих половых органах и могут играть ими, с интересом наблюдают раздетых людей, появляется интерес к физиологическим различиям между полами, задают вопросы о материнских грудях.

В 3 года задают вопросы о физиологических различиях между полами. Появляется желание рассматривать или касаться взрослых. Интересуются малышами и хотят иметь братишку или сестренку. Спрашивают о том, откуда берутся дети, где они были до рождения. Хотят жениться на матери или выйти замуж за отца.

В 4 года могут во время игры демонстрировать свои половые органы и мочеиспускание перед детьми. Намеренно играют с неприличными словами. Проявляют интерес к тому, что делают в туалетах и ванных. Задают вопросы о том, как дети попадают в живот к матери и как оттуда появляются.

В 5 лет — вопросы о детстве родителей. Хотят иметь своего ребенка, когда вырастут.

В 6 лет могут задавать вопросы о своих яичках. Дети интересуются, как иметь детей, не болезненно ли это. Может появиться интерес о роли отца в процессе репродукции. Пересказывают родителям услышанные вне дома неприличные выражения и ждут реакции.

О фактической осведомленности детей этого возраста в вопросах пола говорят данные опроса молодежи. До 7 лет сведения о различии мужских и женских гениталий получили 61% девочек и

52% мальчиков. Эта информация должна быть усвоена всеми детьми к 2,2—3 годам. Опрос матерей показал, что 52% детей-дошкольников задают соответствующие вопросы. К 7 годам о родовом акте знают только 28% мальчиков и 15% девочек. Эти сведения должны быть известны к 5—7 годам. 60% матерей сообщили, что дети задают вопросы о своем рождении. О роли отца к 7 годам узнает каждый пятый мальчик и каждая десятая девочка. Предполагается, что к 6—8 годам все дети должны знать об этом. Понятие о беременности в дошкольном возрасте имеют 25% мальчиков и 17% девочек. Родители информируют об этом девочек вдвое чаще, чем мальчиков. Родителей спрашивают лишь 13% детей об этом. О половом акте до 7 лет знают пятая часть мальчиков и десятая часть девочек. Более 60% мальчиков и свыше 40% девочек узнали об этом из наблюдений за животными и людьми. Для трети девочек и четвертой части мальчиков первое столкновение с понятием о половом акте носило характер потрясения. Воспитатели детских учреждений указывают, что пятая часть детей активно задает вопросы о различии между полами, происхождении детей, роли отца и т. д. Многие дети обсуждают это между собой. О таких явлениях, как мастурбация, эксгибиционизм, визионизм, гомосексуализм, в детстве узнают 7% мальчиков и 2% девочек, причем половина из них – наблюдая за другими детьми. Оценивая степень нормальности сексуальных проявлений ребенка, следует учитывать его темперамент, индивидуальные особенности развития, своеобразие воспитания и уровня окружающей культуры, которые могут изменить и форму сексуальности, и время начала ее проявлений. Следует иметь в виду то, что многие взрослые не осознают ни особенностей поведения, ни интересов своих детей, полагая, что дети лишены дурных помыслов, а обсуждаемый предмет слишком постыден. По этой причине от них трудно получить объективную информацию по психосексуальному развитию. Сами дети понимают отрицательное отношение взрослых к проявлениям сексуальности малолетних и потому скрывают свои истинные интересы и поступки. Отсутствие вопросов не означает нежелания знать о проблемах пола. Иногда для выявления имевшихся интересов требуется новый опыт, приводящий к особенной заинтересованности и провоцирующий вопросы. Примером может быть ребенок, который никогда ранее не задавал вопросов, касающихся пола. Впервые побывал с дядей в бане, там увидел голых мужчин, написанные на стене неприличные слова и рисунки. В цирке спросил у бабушки: «Почему собачки без трусиков? Стыд виден». Дома заявил, что хочет увидеть, чем отличаются женские половые органы от мужских. Признался, что этот вопрос его волнует давно. Сексуальность детей может проявиться в любом их *творчестве*: в словесных выражениях, песенках, стишках, рассказах, рисунках, стенных и других надписях. Так, дошкольница сде-

лала фигурку из пластилина и назвала ее девочкой, а затем переделала ее в мальчика и прилепила кусочек пластилина в соответствующее место. Матери считают, что таких детей около 5%, воспитатели – 10%. Интересы ребенка могут проявиться в играх. Некоторые из них, где дети действуют в качестве отца, матери, няни, медсестры, доктора или щекочут, трогают и рассматривают обнаженные тела друг друга, узнавая о различии между полами, так и называют *сексуальными играми.* Эта детская активность, как правило, определяется не влечением, а любознательностью, желанием больше узнать об устройстве людей другого пола и сравнить его со своим полом. *Подглядывание* за обнаженными людьми, мочеиспусканием и дефекацией, интимными сторонами жизни взрослых отмечены в воспоминаниях 5% юношей и 4% девушек. Родители полагают, что такое любопытство распространено шире (25%). Аналогично думают и воспитатели. *Обнажение* детей друг перед другом – обычное явление. Родители отмечают игры с взаимным раздеванием у 50% детей. Совершается это из-за любопытства. Все же встречаются дети, чье стремление обнажаться обусловлено расторможенной сексуальностью. Иллюстрацией может быть 7-летняя девочка, удочеренная в 5 лет. Капризная, упрямая, она часто раскачивается в постели, сжимает бедра и пригибает их к лону, трется лоном об окружающие предметы, раздражает пальцем клитор. Сообщает о том, что ей это приятно. Любит обнажаться, демонстрировать свое тело и половые органы, часто с кокетством проделывает это перед мальчиками, с которыми стремится быть вместе. Детская *влюбленность* проявляется восхищением предметом своей увлеченности, желанием быть рядом и не имеет в буквальном смысле слова эротического содержания. Иногда взрослые, заверяя в своей любви и лаская детей, стимулируют их, провоцируя сексуальные интересы и поведение. *Ревность* некоторых детей в отличие от большинства, претендующих на повышенное к себе внимание, может носить явно сексуальный оттенок.

Мастурбация (онанизм). В возрасте 5–6 месяцев младенец, исследуя свое тело, обнаруживает его различные части, в частности половые органы, задний проход, пупок, и ощупывает их. Возникающие в это время у мальчиков эрекции, связанные с переполнением мочевого пузыря, прямой кишки, раздражением одеждой или глистами, а также болевыми ощущениями в промежности, могут вызвать у них особенный интерес. До 10 месяцев эти исследования, по-видимому, лишены чувственного характера. Позже младенец получает удовольствие от своих манипуляций. Мастурбация не может связываться только с умственной отсталостью, детской нервностью или органическим поражением головного мозга. Причиной особого интереса некоторых детей к игре своими половыми органами может быть их необычная чувствительность, длительное перевозбуждение, реакция на трудную психологическую ситуацию

(лишение любви и заботы, противоречивое поведение матери, деспотическое обращение и т. д.) или заболевание (аномальное развитие) головного мозга. У 20% детей, особенно девочек, она продолжается до тех пор, пока не возникает умение достигать оргазма. Между 2 и 5 годами возрастает интерес к половым органам, проявляющийся манипуляциями с ними и в сексуальных играх. В 5–6 лет особенно увеличивается группа мастурбирующих детей, преимущественно мальчиков, которые в связи с переживанием заброшенности, издевательств, унижений, страха и незащищенности находят способ улучшить свое эмоциональное состояние посредством самостимуляций. У части детей этого возраста мастурбация – следствие раздражения от тесной одежды, фимоза, вагинальных выделений, глистов или даже трения области промежности во время игр или развлечений (езда на велосипеде). Среди опрошенной молодежи онанизм до 7 лет отмечен у 2,5% юношей и 5% девушек. По сведениям родителей – 5%, а по сведениям воспитателей детских учреждений – 11% детей. Интенсивность онанизма у детей различна: она может быть эпизодической, регулярной или чрезмерно частой – до нескольких раз в день.

ШКОЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ (от 8 до 11–12 лет)

Психологические особенности. В препубертатном возрасте мальчики обнаруживают преимущество в пространственных операциях. К 7 годам латерализуют неречевое слуховое восприятие, эта способность различная у мальчиков и девочек. Восприятие речевых стимулов в 6 и 7 лет обеспечивается левым полушарием и у мальчиков, и у девочек. Таким образом, в этом возрастном периоде продолжается постнатальная половая дифференциация. Мальчики в 1-м классе чаще девочек испытывают трудности в эмоциональной адаптации, в речи, настойчивости, координации движений. Явные различия школьной успеваемости устанавливаются на втором году обучения. Девочки превосходят мальчиков в вербальных пробах, языковых и перцептивных навыках, уступая в моторных умениях и развитии пространственной памяти. Мальчики в 8–10 лет к концу учебного года утомляются больше девочек и становятся более расторможенными, непоседливыми, отвлекаемыми. Успешность выполнения заданий зависит от того, считают ли мальчики их мужскими, а девочки – женскими. Интерес к решению трудных задач у мальчиков больше при материальном поощрении, а у девочек – при эмоциональном поощрении. Уровень притязаний у мальчиков выше, и они не любят одобряемые взрослыми виды деятельности. Мальчики лучше выполняют задания в одиночку, а девочки – в смешанной по полу группе. На девочек

больше, чем на мальчиков, оказывает влияние уровень образования семьи и помощь педагогов. Фрустрации у мальчиков чаще вызывают нарушение коммуникативных способностей, у девочек — более жесткое поведение. В 10 лет мальчики более экстравертированы, девочки же более «невротичны» и менее искренни. Мальчики более активны и настойчивы, более склонны к риску и напряжены, менее исполнительны и чувствительны, у них хуже самоконтроль. Дети в этом возрасте разбиты на два лагеря. Их игры и интересы утрированно маскулинны и фемининны. Дружба носит почти исключительно однополый характер. Однако общение между мальчиками и девочками интенсивно. Собственное поведение оценивается установками однополой группы.

Биологические факторы. В этом возрасте устойчивые связи между центром и периферией репродуктивной системы. Его особенность — тормозящее воздействие эпифиза и эндогенных опиатов на гипоталамус, низкая чувствительность гонад к гонадотропной стимуляции гипофиза фоллитропином (ФСГ) и лютропином (ЛГ) и высокая чувствительность гипоталамуса к тормозящему влиянию половых гормонов. У мальчиков с 6—8 лет в надпочечниках увеличивается продукция малоактивных андрогенов. К началу пубертата (10 годам) в связи с повышением чувствительности семенников нарастает секреция активного гормона — тестостерона. Последний стимулирует рост тела. Уровень женских гормонов (ФСГ) растет, но оказывается меньшим, чем у девочек. Обнаруживается ритмичность секреции лютеинизирующего гормона (ЛГ) и связанный с этим ритмический подъем продукции тестостерона. Увеличение секреции половых гормонов готовит вступление организма в пубертат. У девочек 7—10 лет увеличивающийся уровень ФСГ и ЛГ в крови характеризуется ритмическими выбросами. Соматотропин управляет обменом веществ и стимулирует влияние тестостерона на развитие вторичных половых признаков. Его уровень поднимается к 7 годам, затем снижается и повторно увеличивается к 10—11 годам. Уровень биогенных аминов (адреналина, норадреналина, серотонина) различен у мальчиков и девочек. У первых максимальное их производство приходится на 6—7 и 10—11 лет, у вторых — на 5—6 и 9 лет. Гормональный половой диморфизм в препубертатном возрасте свидетельствует о том, что развитие у мальчиков и девочек протекает различно, а остановки психосексуального развития не существует.

Сексуальное поведение. Развеян миф о сексуальной нейтральности детей этого возраста. Согласно опросу молодежи, в этом возрасте треть мальчиков и девочек впервые услышали о различии между полами от сверстников и старших детей. От них же получили информацию о родах 36% мальчиков и 68% девочек. Для каждого четвертого мальчика и каждой пятой девочки это было эмоционально значимо. В половине случаев мальчики и не-

сколько чаще девочки уяснили роль отца, почти все мальчики и половина девочек — из объяснений детей, 15% — от родителей. Эти сведения воспринимались многими с волнением. Сущность беременности раскрылась для 60% мальчиков и 52% девочек, из них благодаря родителям — 9% мальчиков и 24% девочек и от специалистов (5—7%). Сущности полового акта родители детям не разъясняли, сведения же о нем получили 63% мальчиков и 43% девочек, из наблюдения полового акта соответственно — 30% и 19%, от детей — 65% и 68%, из литературы — 10% и 24%. У трети мальчиков и двух третьих девочек это вызвало эмоциональное, часто с отвращением реагирование. О менструациях и поллюциях узнали 40% мальчиков и 66% девочек. О противозачаточных средствах получили сведения 45% мальчиков и 6% девочек. Судя по опросу девочек 7 лет, не все знают о различии между полами. Знающие об этом не обосновывают различия разницей в строении тела. Больше половины из них не знает, что детей рожают и что такое беременность. Треть не информирована о роли отца в деторождении. Только некоторые из 8-летних девочек не информированы о различиях между мужчиной и женщиной и внутриутробном развитии плода и не уверены в том, какова роль отца в зачатии. В возрасте 9 лет только половина девочек осведомлена о роли отца в рождении детей. У части девочек младшего школьного возраста уже имеется сексуальная озабоченность и повышенный интерес к проблемам пола, имеется повышенное желание любви. У мальчиков этого возраста по сравнению с подростками и взрослыми более высокая и неспецифическая возбудимость. Уже за несколько лет до начала полового созревания они могут переживать оргазм. До 10-летнего возраста к мастурбации в 3 раза чаще приходят самостоятельно в сравнении с теми, кто приобретает эту «привычку», подражая другим. Одна 9-летняя девочка открыла приятные ощущения в половых органах на уроке физкультуры, когда спускалась по канату, другой 10-летний мальчик пережил непонятные для него, но приятные ощущения при тряске в автобусе. О практикуемой мастурбации сообщили 10% мальчиков и 1% девочек, а знают об этом явлении 33% и 10% соответственно. 14% девушек (18—22 лет) сообщили о том, что начали мастурбировать до одиннадцати с половиной лет, 50% подвергались ласкам подруг. О сексуальных играх вспоминают 48% женщин и 57% мужчин. Техника этих игр различна: демонстрация гениталий, манипуляции ими, имитация полового акта. 15—25% опрошенных нами девушек в возрасте 8—11 лет участвовали в сексуальных играх с детьми другого пола. 11% вспоминали, как подсматривали за раздеванием людей, за влюбленными парами. 3% «смаковали» описания эротических сцен.

Средовые факторы. Влияние этих факторов независимо от пола и более демонстративно, чем биологических. Переход от игр

к учебной деятельности, появление трудовых обязанностей, возникновение отношений со сверстниками, новый тип отношений со взрослыми, изменение критериев самооценки и др. — все это участвует в формировании личности мальчика и девочки. Феминизация школы и установки педагогов влияют на полоролевое формирование детей, маскулинизируя девочек и феминизируя мальчиков или утрируя полоролевые проявления. Высокомаскулинные мальчики вступают в конфликт со школьной успеваемостью, а фемининные — хорошо успевая, приобретают низкий неформальный статус. Взаимоотношения мальчиков и девочек могут повлиять на дальнейшее их развитие.

ПУБЕРТАТНЫЙ ВОЗРАСТ (возраст полового созревания)

Во время перехода от детства к взрослости завершается формирование репродуктивных функций, происходит становление психологии взрослого мужчины и женщины, приобретается определенный социальный статус. Продолжается этот период в течение 3—4 лет, начиная в 12—13-летнем возрасте и завершаясь к 16—17 годам.

Биологические факторы. Половое созревание стимулируется изменением чувствительности гипоталамуса к половым гормонам, что связано с уменьшением тормозящего влияния эпифиза на гипоталамус. Последний активизирует гипофиз, который, продуцируя гонадотропные гормоны, стимулирует увеличение роста и массы тела, а также деятельность половых желез и надпочечников. Это приводит к формированию вторичных половых признаков. У мальчиков увеличиваются гениталии, появляется волосистость на лобке, подмышках, лице. Ломается голос, развиваются мышцы, происходят эякуляции (в 13,4—14 лет). У девочек увеличиваются соски, набухают молочные железы, появляются волосы на лобке, подмышках, формируются половые органы взрослой женщины и появляются менструации (в 12,4—14,4 лет). Рост скелета может намного опередить развитие сердечно-сосудистой системы и тем самым вызвать слабость, утомляемость и неприятные ощущения. В 11—14 лет девочки по физическому развитию впереди мальчиков на 2—3 года, но уже к 15 годам мальчики опережают девочек.

Переживание физического развития. В этом возрасте происходит вторая телесная аутоидентификация, связанная с бурной перестройкой тела и ее маскулинными или фемининными чертами. Образ телесного «Я», который создается у подростка, — отражение собственных качеств и способностей в восприятии и оценке

окружающих. Если этот образ подростку кажется уродливым, возникают так называемые «синдром Квазимодо» или «комплекс гадкого утенка». Мальчики чаще переживают свое «недоразвитие». Девочки в противоположность этому чаще страдают от опережения физического развития в сравнении со сверстницами и сверстниками. Темпы полового созревания могут быть очень разными. При опережении на 4 года (начало в 8 лет) констатируется ускоренное, а при отставании на 2 года (начало в 15,5 года) задержанное половое развитие.

Психологические особенности. Темп психического развития во время полового созревания то ускоряется, то замедляется. В то же время формирование одних психических процессов опережает другие, т. е. созревание личности происходит диспропорционально. Умственное развитие достигает уровня гипотетико-дедуктивного мышления. Однако особенности межполушарного взаимодействия складываются к концу пубертата. А созревание лобных долей, определяющее планирование поведения,— еще позже. Аффективная сфера характеризуется склонностью к эмоциональной возбудимости, повышенной реактивностью, легкими переходами от экзальтации к депрессии. Общение для подростка составляет непростую задачу. Волнуют специфические возрастные вопросы: право на автономию, определение своего места в мире, выработка жизненной позиции, формирование психосексуальной ориентации.

Половое самосознание. Самосознание у девочек формируется быстрее, чем у мальчиков: Они раньше взрослеют. У них раньше возникает сложная рефлексия, чувство одиночества, у них сильнее потребность во взаимопонимании и психологической близости. Они в сравнении с мальчиками больше ориентированы на словесное общение, чем на совместную активность. Они считают себя менее общительными, но более искренними, справедливыми и верными. Мальчики при оценке девочек отмечают их меньшую смелость, общительность и жизнерадостность, но бóльшую доброту, умение понять другого. Девочки охотнее отдают предпочтение мужскому статусу, чем мальчики — женскому, свободнее в общении с мальчиками, чем мальчики с ними. У мальчиков больше потребность в достижениях и ориентации на будущее. У девочек реальное и идеальное «Я» с возрастом объединяются. У мальчиков увеличивается рассогласование идеального и реального «Я». Подростки не могут показать знаний о маскулинности и фемининности, подменяют понятия, отказываются охарактеризовать их — тем самым уходят от напряженно воспринимаемой темы и обнаруживают серьезный дефект бесполой педагогики, где упускается сфера взаимоотношений между полами. Обязанности женщины рисуются как жертвы, требующие признания. Отношение к мужчине у девочек осуждающее. Мальчики представляют, что женщина ответственна за жизнь семьи, мужчина же ее необязательный помощник.

Позиции мальчиков и девочек согласованы и образуют направление будущих отношений, чреватых конфликтом инфантильно-эгоистических требований друг к другу. Представления девочек о маскулинности диссоциированы: романтический образ мужчины противостоит реальным требованиям к нему и его облику. У мальчиков портрет маскулинности одноплановый и реалистичный. Фемининность девочки оценивают по эмпатийным и эмоционально-действенным качествам, а мальчики — по эмоциональной стабильности и отсутствию напряженности. Ни мальчики, ни девочки не выделяют качеств женщины, выражающих ее отношение к мужчине [Юферева Т. И., 1980].

Сексуальное поведение. Возраст полового созревания – начало развернутых проявлений либидо. Сексуальные проявления определяются и биологическими, и социально-культурными факторами, и уровнем половых гормонов. Окружающая среда формирует направление и стиль сексуальной активности. Сексуальная активность подростков может опережать психосексуальное развитие и сексуальную потребность.

Подростковая сексуальность характеризуется несколькими особенностями: 1) сексуальность изолирована от других составляющих любви; 2) переживание сексуального влечения сильнее самого влечения, ограничены возможности реализации влечения, а богатые эротические переживания создают напряжение, иногда с крайними формами сексуального поведения; 3) сексуальное поведение подростка — это сексуальное экспериментирование, состоящее из аутоэротической, гомосоциальной и гетеросоциальной направленностей.

Пубертатная мастурбация смягчает или снимает физиологический дискомфорт, порождаемый биологической потребностью, не находящей адекватного удовлетворения (Г. С. Васильченко). Средняя частота актов мастурбации у мужчин 14—18 лет — 3 раза в неделю. Она чаще отмечается у здоровых в будущем мужчин и более редка у тех, у кого возникнут сексуальные расстройства. Среди женщин, неспособных пережить оргазм, в 3 раза больше не мастурбировавших в подростковом возрасте. Число мастурбирующих девушек к 13,5 года – 22%, к 15,5 года – 37,4%, к 17,5 года – 50,2% и к 18,5 года – 65,8% [Данилов В. В., 1982]. Безвредность подростковой мастурбации не означает ее психологической бесконфликтности. У подростков недовольство собой, связанное с мастурбацией, может вызывать серьезные переживания. Влечение к самостимуляции сталкивается с чувством вины. Результатом поражения в борьбе с собой становятся снижение самоуважения, сомнения в своей полноценности, опасения за будущее и душевный дискомфорт. Эти переживания могут стать основой для невротического комплекса, навязчивых действий и чрезмерной мастурбации. Как правило, душевные конфликты возникают у застенчивых,

нелюдимых, застревающих на своих сомнениях мальчиков-подростков. Девочки чаще всего не расценивают свою сексуальную стимуляцию как мастурбацию, полагая, что она бывает только у мальчиков, и потому редко бывают недовольны своим поведением. Сексуальные эксперименты подростков изредка приводят даже к половым контактам с животными *(содомия)*. Такой опыт признают 22,4% мужчин и 5% женщин.

Пубертатный петтинг — сексуальные взаимные ласки, приводящие к сексуальному возбуждению и включающие в себя любые действия, кроме интромиссии. Петтинг может быть поверхностным (объятия, поцелуи и ласки выше талии, через одежду) или глубоким (ласки обнаженного тела ниже пояса, включая орально-генитальные контакты). В эти ласки может входить взаимная мастурбация. Петтинг может быть гомосексуальным или гетеросексуальным, завершенным (до оргазма) или незавершенным. Эта сексуальная активность замещает половой акт. К 15,5 года легкий петтинг имели 60% девушек. 92% девушек 17,5 года также сообщают о легком петтинге, в 25% случаев — завершенном (В. В. Данилов). В 11—12 лет легкий петтинг испытали 1—2%, в 17 лет — до 70%, глубокий петтинг начали практиковать с 13 лет (девочки) и с 11 лет (мальчики), и к 17 годам его испытали 50—55% [Schoffield M., 1968].

Психологическое значение петтинга в том, что он осуществляет сексуальную разрядку, тренирует понимание не только словесного общения, но и специфического языка сексуального поведения половых партнеров.

Начало половой жизни. Первый сексуальный опыт в 14 лет имеется у одного из 8 мальчиков и у одной из 16 девочек, через год таких уже в 2,5 раза больше. К 16 годам половую жизнь начали 50% юношей и 40% девушек [Кон И. С. и др., 1996]. К 17—19 годам уже 66,5% юношей и 47,2% девушек имеют первые половые контакты.

Мотивы начала половой жизни у мальчиков-подростков до 17 лет: любовь у 15—20%, настояния партнера у 15—19,2%, экономические соображения у 5%, любопытство у 41,6—55%, физическая потребность у 5—16,4%, сострадание у 1,4—5%, совращение у 1,4%. Мотивы у девушек до 17 лет: любовь у 25—42%, настояния партнера у 21—25%, экономические соображения у 1,6—25%, любопытство у 12—13%, физическая потребность у 1,6%, сострадание у 3,3%, совращение у 13,2%, насилие у 3,3—12,5% [Тавит А., Кадастик Х., 1980]. Более поздние материалы показывают, что 25% подростков готовы к ранней половой жизни. Только треть девочек считает, что потерять невинность можно лишь в браке. Обычно первые половые контакты происходят дома у юноши или девушки. Большая часть подростков знакомится с партнером в компании друзей или знакомых (28,7% мальчиков и

38,3% девочек), на дискотеках и на каникулах (11,4% и 17,4% соответственно), только 10% на улице. 22% мальчиков и 19,4% девочек до первого полового акта не знали друг друга вовсе. Половину подростков ничто не связывает с партнером. Только треть девушек и 15% юношей вступают в половые контакты после года отношений. Треть девушек и половина юношей совершили первый половой акт в алкогольном опьянении. В 1/3 случаев инициатива начала интимных отношений исходила от молодого человека, 22% девушек сопротивлялись и согласились, 7% — сопротивлялись насилию до конца. В то же время сами подростки, насилующие своих подруг, не осознают своего поведения. 25% подростков не осуждают тех, кто заставляет «переспать» против воли. Половина подростков не против того, чтобы за сексуальные услуги платили деньги. 56—58% своему сексуальному поведению уделяют внимания не меньше, чем учебе [Кон И. С. и др., 1996]. На возраст начала близости влияет сила либидо, установки в обществе (урбанизация, высокий уровень образования). Раннему началу половой жизни у подростков 12—17 лет противостоят определенные мотивы: религиозные убеждения (5,4% у мальчиков и 9,9% у девочек), непривлекательность (9,3% и 20% соответственно), опасение беременности (17,4% и 31,5%), страх венерической болезни и СПИДа (30,7% и 40,9%), отсутствие подходящего партнера (26,0% и 13,5%), противоречие моральным убеждениям (6,4% и 13,7%), неготовность к этому (13,9% и 26,0%), нежелание огорчить родителей (7,9% и 15,9%). Неудовлетворенность первой близостью пережили в зависимости от возраста от 10% до 40% мальчиков и от 40% до 70% девочек. Повторение близости в пределах суток не чаще чем в 5% случаев, в течение недели — примерно в 1/3 случаев, в пределах месяца — в 50—60%. В настоящее время, когда мораль стала менее строгой, характер сексуальности не зависит напрямую от степени асоциальности поведения подрастающего поколения. Снижение возраста начала половой жизни, происходившее в предшествующие десятилетия, остановилось на уровне около половины «искушенных» к 16 годам.

[?] *Тест для самостоятельной работы*

1. Детерминанты психосексуального развития — это:

а) психологические и культурные факторы (половое воспитание);
б) биологические факторы (хромосомы, гормоны);
в) сочетание биологических и культурно-психологических факторов.

2. Хромосомный пол — это:

а) пол индивида, определяемый по гениталиям;
б) пол индивида, определяемый половыми гормонами;
в) пол индивида, определяемый половыми хромосомами.

3. Гонадный пол — это:
   а) пол индивида, определяемый по гениталиям;
   б) пол индивида, определяемый половыми хромосомами;
   в) пол индивида, определяемый половыми гормонами.

4. Паспортный пол — это:
   а) пол индивида, определяемый половыми хромосомами;
   б) пол индивида, который он хочет иметь;
   в) пол индивида, определяемый по гениталиям.

5. Первичная половая идентификация — это:
   а) поведение, направленное на продолжение рода (сохранение вида);
   б) поведение в соответствии со своей половой принадлежностью;
   в) правильное определение своей половой принадлежности.

6. Первичное полоролевое поведение — это:
   а) поведение взрослого человека;
   б) поведение в соответствии со своей половой принадлежностью;
   в) поведение ребенка.

7. Половой метаморфоз — это:
   а) вторичное (подростковое) полоролевое поведение;
   б) отличие поведения мальчиков от поведения девочек;
   в) появление первичных и вторичных половых признаков.

8. Сексуальное поведение — это:
   а) половой акт;
   б) любое поведение мужчины и женщины;
   в) поведение, направленное на продолжение рода (сохранение вида).

9. Сексуальная ориентация — это:
   а) правильное определение своей половой принадлежности;
   б) распознавание лиц своего и противоположного пола;
   в) предпочтение индивидом лиц противоположного или своего пола.

10. Половая дифференциация — это:
   а) осознание своей мужественности или женственности;
   б) формирование организма и развитие психики в соответствии с полом;
   в) поведение в соответствии с осознаваемым полом.

11. Критерии психосексуального развития — это:
   а) осведомленность о проблемах пола;
   б) половой метаморфоз;
   в) формирование полоролевой идентичности, половая дифференциация, информированность в вопросах пола.

Рекомендуемая литература

Исаев Д. Н., Каган В. Е. Психогигиена пола у детей.— Л.: Медицина, 1986.
Исаев Д. Н., Каган В. Е. Половое воспитание детей.— Л.: Медицина, 1988.
Исаев Д. Д. Подростковая сексология/ Подростковая медицина.— СПб.: Специальная Литература, 1999.
Каган В. Е. Воспитателю о сексологии.— М.: Педагогика, 1991.
Келли Г. Основы современной сексологии.— СПб., Питер, 2000.
Колесов Д. В. Беседы о половом воспитании.— М.: 1986.
Кон И. С. Введение в сексологию.— М.: Медицина, 1988.
Кон И. С. Сексуальная культура в России.— М.: О.Г.И., 1997.
Кон И. С. Вкус запретного плода: сексология для всех.— М.: Семья и школа, 1997.
Мастерс У., Джонсон В., Колодны Р. О любви и сексе.— СПб., 1991.
Орлов Ю. М. Половое развитие и воспитание.— М., 1993.
Психика и пол детей и подростков в норме и патологии/ Под ред. Д. Н. Исаева.— Л., 1986.
Сексология. Хрестоматия/ Под. ред. Д. Н. Исаева.— СПб., Питер, 2001.
Фрейд З. Три очерка по теории сексуальности.— М., 1989.
Шостакович Б. В. и др. Половые преступления против детей и подростков.— Ростов-на-Дону, 1994.

Глава 30
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ

Понимание своеобразия клинической картины психических расстройств у детей, ее нетипичности, изменчивости, связанности с возрастными соматическими и психическими особенностями позволяет сформулировать общие принципы их лечения, но не может предопределить всю терапию – в полном объеме и до мельчайших подробностей. Терапия всегда индивидуальна, она находится в зависимости от времени ее начала, эффективности, реакции личности ребенка как на болезнь, так и на само вмешательство. Она – продукт сплава профессионализма и искусства, творческого поиска и гуманного отношения к пациенту со стороны специалиста. Специальный психолог (педагог), постоянно или эпизодически курирующий детей с отклонениями в развитии, должен многое перенять из теории и практики психопатолога. В частности, принять такой принцип терапии, который признает условность разделения, а тем более противопоставления «органического» и «психогенного», несостоятельность попыток выделения в практической работе их «чистых» форм. Нет таких заболеваний, в этиологии и патогенезе которых не участвовали бы и психические, и соматические факторы. Необходимо сочетание медикаментозной терапии и психотерапии в разных соотношениях на разных этапах лечения. В детской психопатологии значение такого подхода усиливается в связи с тем, что чем менее зрелая личность, тем она более внушаема, податлива на воспитательное воздействие, пример и поддержку авторитетной фигуры.

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Выбор терапии психосоматических расстройств у детей должен исходить из некоторых основополагающих принципов, задающих направление поиска наиболее подходящих методов и средств. Предлагают следующие принципы, которые вполне может использовать не только врач, но и специальный психолог при терапевти-

ческих вмешательствах у детей и подростков с психическими расстройствами [Каган В. Е., 1996]

Принцип системности. Целесообразна комплексная, комбинированная терапия психических расстройств, т. е. необходимость сочетанного, одновременного, параллельного воздействия на биологический и психический компоненты заболевания. Анализ неудач показывает, что они возникают при воздействии на отдельные структуры, не затрагивая то, что делает болезнь болезнью,— системные функциональные связи. Например, при проведении гипнотерапии, при принципиальной однотипности этого метода, уменьшающего тревожность, в работе с девочками уместнее их активизировать (например, «сердце бьется уверенно, ровно, сильно»), а в работе с мальчиками правильнее предпочесть соматическую релаксацию (например, «сердце работает ровнее, спокойнее, меньше напоминает о себе»).

Принцип клиники терапии. Одно и то же заболевание у одного и того же ребенка на разных этапах лечения представляет разные стороны патогенетических механизмов. Примером может быть терапия невроза, когда успешное применение психотерапии фобий и других нарушений психогенного характера приводит к тому, что на первый план выступает резидуально-органическая неврозоподобная симптоматика, не поддававшаяся психотерапии, а требующая использования медикаментов. Принцип «клиники терапии» диктует не только тактику коррекции, но и определяет средства и методы этой тактики.

Принцип индивидуализации. Положение о том, что следует лечить не болезнь, а больного, должно быть уточнено, необходимо лечить определенную болезнь у определенного больного. Принцип индивидуализации — один из основополагающих, но и самых трудных в реализации. Он в равной мере касается и выбора средств лекарственной терапии, и выбора путей и методов психологической коррекции, и психотерапии. Ребенок уникален как индивид (организм) и как индивидуальность (личность), а тем более — как единство индивидного и индивидуального.

Принцип опосредованности. Ни одно средство лечения не свободно от эффектов психического опосредования. Можно выделить несколько его видов:

— опосредование собственными установками ребенка — страхом перед лечением, предрассудками о «постыдности» болезни и обращения за помощью;

— опосредование установками родителей, когда их мнения или чувства прямо сказываются на действии тех или иных терапевтических воздействий;

— опосредование установками специалиста — эффекты использования тех или иных средств и методов зависят от отношения к ним специалиста (врач или психолог, верящий в конкретный метод терапии, получает у своих клиентов лучший эффект, чем специалист, сомневающийся в этом методе);

— опосредование внешними характеристиками медикаментов психотерапевтических методик) и способами их введения (осуществления) – инъекции воспринимают как сильнодействующее редство, а тот же препарат в таблетках – как более слабое. Гипноз в специально оборудованной комнате воспринимается ребенком как магическое исцеляющее средство, а рациональная терапия в обычном кабинете кажется рутинным разговором.

Принцип отношений. Любое лечение – не воздействие на болезнь или больного, а процесс отношений специалиста и ребенка (и его семьи). В этой системе отношений есть осознаваемые и бессознательные цели, ожидания, мотивации всех участников лечебного процесса. При этом принципиально важно не сводить отношения исключительно к тому, что о них могут сказать психолог (врач) и пациент — мотивация отношений слишком часто не осознаваема. Пациент может страстно желать исцеления, но бессознательно отождествлять специалиста с нелюбимым родителем. Психолог (врач) может стремиться помочь пациенту, но иметь бессознательные ассоциации ребенка с неким неприятным для себя лицом. И то и другое, а особенно сочетание такого переноса и контрпереноса, может по существу лишать отношения специалиста и пациента смысла.

Принцип среды. Среда (одушевленная и неодушевленная) включена в систему лечебных отношений и является их существенным элементом. Прежде всего это касается среды лечебного, коррекционного учреждения, санатория: эмоциональной атмосферы, уюта и удобств для персонала и для пациентов. К сожалению, безликая среда в учреждениях нередко диссонирует с духом терапии.

Принцип гуманизма. Терапия не может быть удовлетворительной, если ее средства и методы игнорируют интересы личности ребенка и ее развития. Никакая лечебная цель не оправдывает средств, посягающих на личностную уникальность ребенка, его право «быть самим собой», его чувство собственного достоинства и интимности — телесной и психологической.

Сформулированные принципы обретают действенную силу, если они реально воплощаются в деятельности всего персонала учреждений, где находится ребенок.

КЛИНИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Специфика терапии психических расстройств заключается в том, что основные ее пути связаны с воздействием на этиологию и патогенез заболевания. Выделяют ряд клинических концепций терапии психических расстройств.

Роль эмоционального стресса и его проявлений (тревоги, депрессии) очень существенна в происхождении психогенных и психосоматических расстройств, как и в провокации многих других психических расстройств, а также в возникновении осложнений у детей с отклонениями в развитии. Это требует введения в терапию транквилизаторов, антидепрессантов, адаптогенов.

Процесс адаптации детей к условиям общеобразовательных и коррекционных дошкольных и школьных детских учреждений, а также лечебных стационаров – это комплекс психогенных и/или психосоматических реакций, запускаемых эмоциональным стрессом. Для профилактики состояний дезадаптации используют комплекс из экстракта элеутерококка (стимуляция защитных сил организма, адаптогенный эффект), диазепама (анксиолитический, противотревожный эффект) и оксолиновой мази (противовирусный барьер).

Личностные концепции терапии психических расстройств опираются на различные теории личности. Их можно разделить на две группы. Одни концепции основываются на изучении жизненного пути личности как совокупности событий и отношений (Мясищев В. Н., 1960). Другие рассматривают судьбу личности в связи со способами переживания жизненных событий, а не с самими событиями [Василюк Ф. Е., 1984]. Обе концепции, различаясь методически, стремятся установить терапевтический диалог с личностью с целью ее оздоровления.

Холистические концепции терапии психических расстройств опираются на представления о целостности человека и принципиальной неделимости на душу и тело. Многие методы холистической терапии относят к разряду так называемых нетрадиционных видов лечения, связанных с биоэнергетическими воздействиями и процессами, особыми состояниями сознания. К этим методам близка суггестивная терапия в различных ее модификациях.

Концепции семейной терапии учитывают особую роль, которую играет семья в жизни ребенка, формировании его личности и физического развития, а также в происхождении психических и психосоматических расстройств.

Эти концепции терапии являются взаимодополняющими. Например, массаж можно рассматривать как воздействие на зоны Захарьина—Геда, биологически активные точки, процессы мышечно-тканевого обмена или в качестве средства, позволяющего ребенку почувствовать свое тело, сформировать его адекватный образ и чувство телесной идентичности, уверенности в своем теле. Знакомство с концепциями терапии позволяет специалисту (психологу) осознать и контролировать различные аспекты своего влияния на клиента.

Отношение к психотерапии психических и психосоматических расстройств у детей очень противоречиво. Среди причин трудностей психотерапии в этих областях: роль биологических факторов; вызываемое различными причинами сопротивление пациента; негативное значение контрпереносных реакций у специалистов; недостаточная подготовка врачей и психологов в области психических и психосоматических расстройств детей, непонимание ее преимуществ перед биологической терапией.

Одна из наиболее значительных сфер психотерапии – опосредование и потенцирование воздействий медикаментов. Это один из принципов терапии психических расстройств. Назначение лечения – это лишь одна сторона терапии. Как выполнены назначения и как они восприняты и приняты ребенком и (или) семьей – другая сторона, гораздо больше влияющая на эффективность лечения. Большое значение имеют знания врача (психолога) об использовавшихся ранее средствах, их эффектах, отношение к различным видам терапии, умение использовать психотерапевтические приемы разъяснения, убеждения и внушения при назначении биологической (медикаментов) терапии. Чем младше ребенок, тем более важна роль родителей. Родители (а при возможности и дети) должны получить не только четкие указания, как выполнять назначения, подчеркивающие важность лечения, но и модель ожидаемого эффекта от терапии. Для этого тот, кто проводит лечение, должен быть уверен в его необходимости, а значит – индуцировать своей убежденностью пациента и семью. Важно знать ожидаемые основные и побочные воздействия от терапии, чтобы иметь возможность учитывать специфику соматических и психических реакций ребенка, его индивидуальные особенности, отношение семьи к лечению и т. д. При использовании лекарств приходится считаться с тем, что многие родители относятся к ним настороженно. Поэтому каждое назначение требует особо тщательного объяснения роли медикамента в лечебном процессе, предупреждения о возможном изменении самочувствия в процессе лечения. Это опосредование может осуществлять не только врач, но и психолог (педагог), курирующий ребенка.

Нередко родители обращаются к психологу (врачу) с готовой моделью желаемого лечения и настаивают на ее осуществлении. В этих случаях специалист сталкивается с важной и очень непростой задачей: точно оценить истинное значение таких пожеланий. Иногда они обоснованны и разумны, тогда их можно обсудить и принять. Однако за настойчивыми требованиями назначить гипнотерапию, труднодоступные варианты обследования, направить на госпитализацию или консультацию к «знаменитостям» нередко кроются мотивы, связанные с возникновением или поддержанием

болезненного состояния ребенка. Каждый из таких случаев требует кропотливого анализа, позволяющего понять неосознаваемые семьей мотивы, и психотерапевтической работы с семьей.

Обсуждая сопутствующую психотерапию, которой должен владеть психолог (медицинский работник, педагог), нельзя не упомянуть о психологических основах ухода за инвалидом, больным ребенком и организации лечебного процесса в амбулаторных условиях и в коррекционных учреждениях. Подготовка психологическим основам обслуживания и ухода должна стать обязательной частью формирования профессиональных навыков, так как она определяет профессиональную подготовленность.

Важная роль в психотерапии принадлежит установлению терапевтического контакта. Одни подчеркивают значение для контакта эмпатии, другие придают большее значение деловому содружеству (последний, особенно при работе с детьми, невозможен без эмоциональных связей специалиста и пациента, специалиста и семьи). От терапевтического контакта зависит, как организуется и функционирует терапевтическая система «семья—ребенок—врач». Слово специалиста в тех случаях, когда контакт выработан и развивается, имеет дополнительное саногенное (оздоровляющее) значение. Формирование контакта следует начинать с первой встречи специалиста и пациента, так как очень важно то, как в это время будут расставлены ролевые акценты. Если психолог (врач), исполненный чувством важности своей миссии, перестает поддерживать контакт с обратившимися за помощью, то эмоциональное поле, создаваемое ситуацией болезни или болезненного состояния ребенка, не объединяет, а разъединяет участников лечебного процесса и препятствует созданию терапевтической системы «семья—специалист—больной». Основой формирования терапевтического контакта являются сформулированные K. Rogers (1951) принципы клиентцентрированной терапии. Ребенок, когда позволяет его возраст, и родители должны почувствовать, что «меня (нас) стремятся слышать и понимать». Разумеется, сценарий встречи, формирующей контакт, будет отличаться у психолога (педагога) в зависимости от поставленных клиентом задач.

Даже исходно хороший контакт в работе с хроническими больными или при пессимистическом прогнозе будет подвергаться многократным испытаниям. Это тяжелая эмоционально-личностная нагрузка для всех участников терапевтической системы. Для семьи и ребенка важен поддерживающий и реалистический взгляд специалиста на ситуацию: его отстраненность и утешения одинаково плохи. Возможности специалиста также не беспредельны. Он не может каждый раз идентифицировать себя со своими больными и их родителями, страдать и умирать вместе с ними. Оптимальный выход из подобных ситуаций состоит в использовании приемов психологической разгрузки и релаксации.

Психотерапия детей с психическими и психосоматическими расстройствами определяется не только необходимостью разрешения трудных жизненных обстоятельств, лежащих в основе развившегося заболевания, но и этапами психического развития ребенка. Она строится на применении взаимодополняющих психотерапевтических методов.

В возрасте 2,5—4 лет, то есть в периоде самоутверждения, становления личности, формирования самооценки и системы отношений, выбор психотерапевтического метода у ребенка с психическим расстройством обусловлен основными психологическими проблемами ребенка, участвующими в их патогенезе. Помимо лечебно-педагогической коррекции неправильного стиля семейного воспитания можно применять методы игровой психотерапии, обеспечивающие оптимизацию взаимоотношений со сверстниками.

В возрасте застенчивости (4—7 лет) круг психотерапевтических вмешательств расширяется. Ребенка с психическим расстройством включают в семейную и индивидуальную (разъясняющую) психотерапию, в групповую психотерапию. Задача последней — эмоциональное отреагирование конфликтной ситуации в группе и десенсибилизация угрожающих образов в сознании посредством их успешного изображения и преодоления в игре.

В 7—8 лет, во время адаптации в общеобразовательной или коррекционной школе, психотерапия ребенка, страдающего психическим расстройством, направлена на преодоление коммуникативных трудностей, поскольку именно они оказываются основными в происхождении заболевания. В этом возрасте наряду с семейной и индивидуальной психотерапией рекомендуется использовать поведенческую психотерапию: контактную десенсибилизацию, эмотивное воображение, парадоксальную интенцию, тренинг самоутверждения. Групповую психотерапию полезно сочетать с семейной психотерапией.

В подростковом возрасте при психических расстройствах наибольшую пользу могут принести методы личностно-ориентированной психотерапии, семейной и групповой в интеракционной и структурной моделях. Меньшее значение в этом возрасте имеют поведенческие и гипносуггестивные методы.

Суггестивная терапия. Внушение в гипнотическом или бодрствующем состоянии используется для отвлечения от болезненных переживаний, утверждения положительного эмоционального отношения к специалисту, для приведения в состояние отдыха и т. д. Однако суггестия детей осложняется тем, что при высокой внушаемости в дошкольном возрасте их гипнабельность значительно хуже, чем у взрослых. Добиться глубокого гипнотического состояния не удается, ребенок может заснуть обычным сном. Затруднения связаны также с его боязнью чужих людей, незнакомой обстановки, отрыва от близких, самой процедуры усыпления, а

также с непониманием детьми своего болезненного состояния и процесса лечения.

Старшие дети и подростки лучше поддаются гипнотическому внушению, и его применение может быть эффективным. Ограничением, которое может снижать его эффективность, является возраст. При работе с детьми до 7 лет гипнотизация – понятие условное. Чаще речь идет о поверхностной релаксации, облегчающей внушение, либо о внушении в естественном поверхностном сне. У малышей может быть более эффективным «материнский гипноз», когда предварительно обученная мать сама перед ночным сном проводит релаксацию и внушение. Ограничением может быть негативная установка по отношению к гипнозу, страх («не проснусь») или предрассудки («лишает воли»). В таких случаях может помочь разъяснение. Частичным ограничением следует считать и установку семьи на гипноз: за этим часто кроется неосознаваемое стремление родителей снять с себя ответственность за состояние ребенка и целиком переложить ее на врача. Наконец, психотерапевт должен ответить на вопрос, в какой мере гипнотерапия будет средством симптоматической или патогенетической помощи.

Многие специалисты, работающие с детьми, считают гипнотическое состояние лишь условием для внушения, и поэтому предпочитают непосредственное или косвенное внушение наяву, используя также и эффекты самовнушения. Обращаются также к творческому потенциалу ребенка, к игре. В методологии психосинтеза используют активное направленное воображение: где-то в галактических пространствах, например, летает неизвестный космический корабль (болезнь), выстрелы с которого поражают те или иные органы пациента, а он должен отыскать его и уничтожить. В игре сочетается возможность отреагирования негативных переживаний, творческой аутосуггестии и косвенного внушения.

Большие возможности для психотерапии открывают отдельные приемы и система творческого самовыражения [Бурно И. Е., 1989]. Эффективность этого метода состоит в обращении к целостной личности, а не к какой-то отдельной ее стороне, углублении чувства аутоидентичности, рефлексивных и эмпатических способностей, активного вовлечения ребенка в процесс психотерапии. Используют для этого рисование, лепку, танец, техническое, поэтическое и прозаическое творчество, групповые обсуждения, переписку. Выбор средств зависит от специфики учреждения (коррекционного, лечебного или общеобразовательного) и возраста детей. Важно создать простор для реализации индивидуальных склонностей и способностей, придать занятиям психотерапевтическое содержание.

Когда в основе психических расстройств лежат подавленные или вытесненные комплексы, влечения, переживания, продуктивно обращение к психоанализу. Полезно приложение методическо-

го подхода к пониманию и интерпретации расстройства в целом и его отдельных проявлений, использование элементов психоаналитической техники [Фрейд А., 1927]. Их можно применять в комплексе с релаксацией в индивидуальной и групповой работе.

Рациональная (разъясняющая) психотерапия – логическое воздействие на психику больного с целью изменить неправильные представления о проявлениях болезни и степени ее тяжести. Основные направления этой психотерапии: выработка вместе с ребенком (подростком) жизненных установок, соответствующих ситуации, с использованием логического убеждения и лечебного перевоспитания. Прежде чем создавать необходимые установки, следует сформировать правильное отношение ребенка к своему состоянию. Для этого нужно уточнить взаимоотношения в семье, выявить наиболее беспокоящие переживания. Лучшему пониманию и реагированию способствуют заранее подготовленные детьми рассказы на житейские или фантастические темы. Применяется разыгрывание в лицах ситуаций, предложенных ребенком. Детям предлагают незаконченные истории, завершение которых предполагает разрешение конфликтных обстоятельств согласно личному опыту, что облегчает понимание собственных трудностей. Разрешению этих проблем и лучшему приспособлению способствует проигрывание завершающей части историй.

Посредством **аутогенной тренировки**, самовнушения (тренировочной психотерапии) достигается расслабление поперечно-полосатой мускулатуры тела и гладкой мускулатуры внутренних органов и систем. Это позволяет воздействовать не только на напряжение в мышцах конечностей и тела, но и на внутренние органы. Лечебный эффект связан как с релаксацией, так и с целенаправленным самовнушением. Этот вид психотерапии оказывает успокаивающее действие на эмоциональную сферу. Тренировочная психотерапия требует от больного более активного отношения к своему лечению, поэтому результаты от ее применения лучше, чем только от внушения. Аутогенная тренировка может использоваться при лечении детей и подростков, для чего были разработаны ее модификации для детей. Возможность применения этого вида психотерапии определяется не возрастом пациента, а его интеллектом, волей и эмоциональным отношением к болезни. Несмотря на возрастные ограничения, мышечную релаксацию используют даже в 3—4-летнем возрасте [Буянов М. И., 1990].

Тренинг самоутверждения. У неуверенных в себе детях и подростках заторможенность может возникать в процессе научения, когда их наказывают за нежелательное поведение. Быть уверенным в себе означает уметь определять и выражать свои желания, потребности, любовь, раздражение, критику. У детей с психическими расстройствами часто неуверенность является переживанием, составляющим часть механизма, лежащего в основе заболе-

вания. В связи с этим тренинг самоутверждения может оказаться одним из эффективных средств.

Поведенческая (бихевиоральная) терапия предназначена для исправления патологических форм поведения как у больных, так и у детей с отклонениями в развитии. Она основана на учении об условно-рефлекторной деятельности, то есть об обучении. Разнообразные методики этого вида терапии используют внешние воздействия с целью подкрепления или подавления отклоняющихся форм поведения (энурез, анорексия, негативизм, мутизм и др.). С этой целью из поведения вычленяют те элементы, которые будут поощрять или подвергать наказанию, выбирают оптимальную программу и организуют обстановку, в которой наиболее вероятно достижение желаемой модификации поведения. Подкреплением желаемого поведения может быть проявление заинтересованности взрослого, поощрения, похвалы, конфеты, орехи, лимонад или оценка – например, в форме жетонов или баллов. «Плохое» поведение может сопровождаться отсутствием подкрепления, игнорированием того, что делает ребенок, созданием для него неприятной ситуации. В последнем случае ребенка можно оставить в одиночестве. При применении наказания следует учитывать его отрицательные стороны:

— может оказаться подкреплением отрицательного поведения;

— может разрушить поведение, вызывая панику или обиду ребенка;

— может сыграть роль дурного примера;

— может оказать неблагоприятное воздействие на того, кто его применяет.

Замечания и неодобрение необходимы, хотя наказания нужно применять умеренно, и только редко они могут составлять основу курса лечения [Раттер М., 1984].

Примером может быть преодоление отказа жевать твердую пищу детьми дошкольного возраста. В качестве подкрепления жевания используют похвалы, одобряющие улыбки родителей, небольшие порции предпочитаемой ребенком пищи, любимые телевизионные передачи. Отказ от предлагаемой еды полностью игнорируют. Постепенно вводятся сначала малые, а затем и большие порции отвергаемой ребенком пищи, расширяется ассортимент блюд.

Десенситизация как вариант поведенческой психотерапии представляет собой искусственное воспроизведение болезненных переживаний с целью снятия эмоционального напряжения и уменьшения чувствительности ребенка или подростка к определенным раздражителям.

Например, в процессе десенситизации подросток по рекомендации психотерапевта мысленно воспроизводил пережитую неприятную ситуацию, приведшую к невротическому состоянию. Неод-

нократное мысленное воспроизведение им в течение нескольких минут избиения и оскорблений, перенесенных в школе, сопровождавшихся комментариями психотерапевта, привели к исчезновению эмоциональных и соматических расстройств [Буянов М. И., 1990].

Парадоксальная интенция [Frankl V. E., 1947]. Это метод, применяемый у больных при наличии психических или психосоматических симптомов, повторения которых они боятся. Смысл метода заключается в том, что больной вырабатывает позицию отстранения от пугающего его соматического расстройства, например непроизвольного мочеиспускания. С помощью этого метода достигают мобилизации способности больного к дистанцированию от тревожащих симптомов. Инструментом реализации новой позиции по отношению к симптому может быть юмор, который дает возможность взять над собой контроль.

Терапия методом установления обратных биологических связей (БОС). Лечение детей нередко затруднено из-за того, что они не отдают себе отчета об имеющихся расстройствах. Чтобы помочь таким больным, применяют регистрацию электрической активности мышц при непроизвольных сокращениях; включение звучания звонка при непроизвольном мочеиспускании; фиксирование кожно-гальванического рефлекса для уменьшения эмоционального напряжения. Ребенок, получающий объективную информацию о состоянии своих органов или систем по показателям приборов, учится произвольно уменьшать замеченные нарушения в соматической или эмоциональной сфере. Этот метод состоит из комплекса процедур, при проведении которых больному посредством внешней обратной связи, главным образом с помощью компьютерной техники, подается информация о состоянии управляемой им функции в настоящий момент. Метод помогает обучиться управлению пострадавшей функцией, развить навыки самоконтроля и саморегуляции нарушенных болезнью показателей.

Основными элементами терапии БОС являются:

1) непрерывный мониторинг управляемой (болезненно нарушенной) функции в реальном масштабе времени;

2) предъявление больному сенсорных сигналов, несущих информацию об изменениях регулируемой (болезненно нарушенной) функции;

3) побуждение испытуемого к овладению навыками саморегуляции с помощью инструкций.

Получая информацию о результатах тренировки управлением болезненно нарушенной функции, ребенок имеет возможность изменить поведение, сравнивая успех или неудачу при обучении с предшествующими событиями. Метод имеет большое психотерапевтическое значение для больного ребенка, позволяет сформиро

вать правильное отношение к расстройству, лучше понять его природу.

Арттерапия – терапия изобразительным творчеством, которую используют в качестве средства общения при совместном рисовании, для расслабления, улучшения самооценки и преодоления разочарования. Рисование снижает внутреннее сопротивление личности, способствует концентрации внимания на переживаемых трудностях, в связи с чем улучшается их понимание, формулирование и отреагирование [Бурковский Г. В., Хайкин Р. Б., 1982].

Изобразительная деятельность детей позволяет без слов выразить свои мысли. Использование продуктов изобразительной деятельности (рисования, лепки, создания масок, выпиливания) облегчает отреагирование переживаний и фантазий, способствует изменению поведения.

Рисунок семьи, выполненный ребенком, характеризует его положение в семье и выявляет конфликтные взаимоотношения между родителями и ребенком. Свободно избранный сюжет позволяет ребенку обратить внимание на трудности, возникающие в детском коллективе, и показать его переживания (страхи, опасения).

Психотерапия посредством рисования наиболее эффективна у детей 4—11 лет. Особенно это касается конкретных страхов. Рисунки также могут служить показателем происходящих в процессе психотерапии изменений.

Библиотерапия – это использование специально отобранного для чтения материала с целью решения личных проблем ребенка при помощи направленного чтения. Этот метод может быть фактором, отвлекающим больного от мыслей о болезни, болезненном состоянии, помогающим переносить физические страдания. Библиотерапию можно использовать как часть психотерапии. Применение этого метода в качестве самостоятельного наряду с другими терапевтическими вмешательствами требует участия специально подготовленного библиотекаря. Книги подбирают в соответствии с определенными принципами. В одних случаях это книги, соответствующие заболеванию подростка или ребенка. В других – их выбор обусловлен ожидаемым или возможным психотерапевтическим эффектом (седативным, стимулирующим и т. п.). В третьих – книги с сюжетом, соответствующим психотравмирующим обстоятельствам, «приведшим» к психическому или психосоматическому расстройству.

Книги, предлагаемые больному, должны быть доступны по степени сложности изложения материала; герой произведения должен быть адекватен представлениям больного; содержание должно соответствовать характеру психотравмирующей ситуации. Библиотерапия проводится в индивидуальной форме или группе. Этот метод, как и любое руководство чтением,— лечебно-педагогический процесс, что важно при курации детей и подростков,

особенно нуждающихся в воспитательных мерах во время заболевания.

Музыкотерапия – психотерапевтический метод, в котором музыку используют в качестве средства воздействия на психику и через нее на организм больного. При помощи этого метода происходит эмоциональная стимуляция в процессе вербальной психотерапии; развиваются навыки межличностного общения; оптимизируются психовегетативные процессы; повышается уровень эстетических потребностей. Музыка способствует эмоциональной разрядке, регулированию настроения, облегчению осознания собственных переживаний, противостоянию жизненным проблемам, повышению социальной активности, облегчению формирования новых отношений и установок. Музыкальная терапия может быть активной и рецептивной. В первом случае это направленная активная музыкальная деятельность. Во втором случае больной с лечебной целью прослушивает рекомендованные музыкальные произведения. Музыкотерапию часто используют при групповой психотерапии [Шевченко Ю. С., 1995].

Групповая психотерапия. Понятие «групповая психотерапия» имеет три значения:

1) совместная деятельность участников группы в лечебных целях, направленная на их активизацию, преодоление неконструктивной фиксации на болезненном состоянии, активное вовлечение в лечебный процесс, расширение интересов и контактов, развитие коммуникативных навыков. В групповой форме могут проводиться трудовая, двигательная и спортивная терапия; лечение музыкой, искусством, занятостью в «клубе бывших и настоящих пациентов»;

2) гипноз, аутогенная тренировка, разъяснение, убеждение, проводимое в группе детей (подростков);

3) процесс, основанный на групповой динамике, в котором основным инструментом психотерапевтического воздействия является психотерапевтическая группа.

Предпочтение индивидуальных или групповых форм психотерапии зависит не только от состояния ребенка и индивидуальных склонностей психотерапевта, но и от специфики этих форм. Ребенок может чувствовать себя трагически одиноким в мире, где он «не такой, как все», а групповая психотерапия дает ему чувство общности с другими, переживание своего права участвовать во всех сферах жизни. Она создает условия для реализации группового взаимодействия, социально-ролевого тренинга. Групповую работу в нозологических группах адресуют наиболее типичному, что привносит эта болезнь или состояние отклоняющегося развития в жизнь человека. Занятия в группе открывают пути для формирования оптимального образа жизни. Выздоравливающие или

успешно адаптировавшиеся становятся не только примером для остальных, но берут на себя роль старших.

Групповая психотерапия подростков (серия межличностных интеракций в малой группе) нацелена на формирование у ее участников адекватной самооценки и целостной Я-концепции; конфронтацию с собственными неосознаваемыми проблемами, распознавание неадекватных вариантов эмоционально-поведенческого реагирования и неиспользованных личностных ресурсов; раскрытие своих переживаний и их вербализацию. Ее используют также для совершенствования навыков управления ситуацией, обучения строить отношения с другими во взаимодействующей манере [Эйдемиллер Э. Г., Кулаков С. А., 1990].

Из трех видов групповой психотерапии – образовательной, аналитической и основанной на действии – подросткам более всего подходит последний вид. Это объясняется психологическими особенностями возраста: стремлением группироваться; потребностью в интимности и кооперации; тревогой, вызванной открытием субъективного мира и формированием образа «Я»; тягой к расширению диапазона ролевого поведения; конкретностью мышления и эмоциональной непосредственностью, сохранившимися с детства.

Игровая терапия основана на том, что игра может моделировать деятельность, воспроизводящую (по аналогии с реальностью) придуманную, воображаемую, желанную действительность. Игра дает ребенку или подростку возможность пережить удачи, успех в борьбе, раскрыть свои физические и умственные способности [Вольперт И. Е., 1979].

Игры у детей – важный материал для раскрытия эмоциональных отношений и душевных конфликтов. Используют спонтанную (неуправляемую) и направленную игру. Первая уменьшает эмоциональное напряжение, создает интерес к лечению. Ее терапевтическая ценность заключается в возможности эмоционального и моторного самовыражения, осознания и отреагирования конфликтов и страхов. Вторая тренирует психические процессы, улучшает выносливость к неприятным переживаниям, формирует наиболее эффективное приспособительное поведение, стимулирует активность, перестраивает отношения детей с окружающими, обучает адаптивным навыкам, благоприятствует развитию познавательных, эмоциональных, сенсорных и моторных функций. Направленную игру проводят по плану, но не вводят строгих ограничений ролевого поведения, допуская импровизации. Игры с более жесткими правилами полезны для диагностики.

Психотерапевт руководит игровой активностью и учитывает переживания ребенка в качестве условий игры. Ребенок и психотерапевт разделяют ответственность за принятие решений. Психотерапевт моделирует стрессовые ситуации, которые ребенок должен преодолевать по собственному разумению. Если это не удает-

ся, психотерапевт помогает ему, демонстрируя поведение своего персонажа. Игровая терапия наиболее эффективна у детей дошкольного и младшего школьного возраста, но ее можно использовать и для лечения подростков в моделируемой ситуации, обучая принятию решений в момент стресса. Для игровой терапии можно использовать компьютер с соответствующими программами.

Имаготерапия – метод психотерапии, который заключается в обучении клиента воспроизводить определенный комплекс образов с лечебной целью. В результате ребенок (подросток) должен научиться адекватно реагировать на трудные жизненные обстоятельства. Имаготерапия проводится в группе. На первом этапе примером может служить образ рассказчика, в ситуацию которого ребенок вживается и переживает все, что соответствует вымышленным обстоятельствам. Образ подбирают в соответствии с лечеб- ным воздействием. Для усиления эффективности метода используют элементы инсценировки житейских ситуаций. На втором этапе рассказ драматизируют. Разыгрывают в лицах части повести или романа, инсценируют вымышленные ситуации. На третьем этапе занятия проводят в лечебной драматической студии. Для проигрывания предлагают образы, которые соответствуют жизненным обстоятельствам, приведшим к расстройству. Используют отвлечение, убеждение, разъяснение, внушение, имитационное поведение, эмоциональную поддержку, обучают новым способам поведения.

Семейная психотерапия. Семью всегда включают в систему психотерапии. Здоровье семьи как социального организма и здоровье ее взрослых членов оказывает оздоравливающее влияние на ребенка. Отсутствие семьи или заменяющих ее лиц ограничивает психотерапию обращением к личности самого ребенка. При этом необходимо учитывать не только психическое расстройство, но и личностную специфику растущего вне семьи ребенка, осознаваемые и неосознаваемые переживания сиротства. Психотерапевт должен найти ту личностную дистанцию, которая позволяет помочь. Последствия сокращения дистанции между ним и ребенком по окончании лечения могут оказаться травматичными. В одних случаях это сохранит болезненную симптоматику с целью психологической защиты, в других – после завершения терапии приведет к развитию невротических реакций и(или) поведенческих нарушений.

Семейная психотерапия направлена на изменение межличностных отношений и устранение эмоциональных нарушений в семье [Мягер В. К., Мишина Т. И., 1979].

Семейными «вредностями» могут быть:

– длительное эмоциональное напряжение вследствие психогенной травматизации и нарушения жизнедеятельности семьи;

– нарушение семейных представлений о целях семьи и потребностях ее членов;

вилизаторы, смягчающие эмоциональную возбудимость и аффективную насыщенность переживаний.

С целью исправления нарушенного поведения – двигательного беспокойства, агрессивности, замкнутости, заторможенности – назначаются препараты, действие которых направлено на их коррекцию.

Если при психических расстройствах у детей имеются болевые проявления, используют средства, обладающие анальгетическим эффектом.

Стресс-протекторы. При стрессе, связанном с чрезвычайно трудными обстоятельствами, возникают эмоциональное мышление и поведение, ведущие к поиску выхода из невыносимой ситуации. Одновременно происходит активация адренергической и гипофизарно-адреналовой систем, обеспечивающих возможность адаптации к новым условиям. Многократная (предшествующая психотравме) мобилизация систем, смягчающих действие стресса в результате привыкания к легким стрессорам, может предупредить возникновение заболеваний и улучшить эмоциональное состояние ребенка. Для улучшения переносимости стресса используют средства, обладающие активирующим действием,– препараты растительного происхождения (родиола розовая, женьшень, левзея, элеутерококк, маньчжурская аралия, заманиха, китайский лимонник). Применяются также седативные медикаменты (бромкамфора, настойка валерианы, валокормид, бромиды калия и натрия, корвалол, валоседан, экстракт пассифлоры, настойка пустырника). Ноотропные препараты (пирацетам, пиридитол, пантогам, аминалон, фенибут), нормализующие метаболизм в ЦНС, оказывают благотворное воздействие на мышление, память, внимание и благодаря этим эффектам являются также хорошими адаптогенами. С целью смягчения эмоционального компонента переживаний ребенка назначают транквилизаторы. Они также снижают восприимчивость к раздражителям из внутренних органов через нормализующее влияние на вегетативную нервную систему. Благодаря этим свойствам транквилизаторы можно отнести к адаптогенам. Наиболее часто используют бензодиазепины и другие препараты (диазепам, альпразолам, мезапам, тофизепам, феназепам, хлордиазепоксид, флуразепам, клоназепам, фризиум), которые не снижают работоспособность и внимание, улучшают общение и облегчают проведение психотерапии.

Антидепрессанты. Для лечения депрессий, сочетающихся с тоскливостью, психической и моторной заторможенностью, вялостью, ипохондрическими переживаниями, предпочтительно назначение антидепрессантов: имизина, пиразидола, людиомила. Некоторые антидепрессанты (амитриптилин) не только улучшают настроение, но и оказывают успокаивающее действие. В связи с этим их применяют при депрессивных состояниях, комбинирующихся с

тревожными проявлениями, ночном энурезе, реактивной депрессии, навязчивостях. Кломипрамин улучшает настроение, не обладая стимулирующим действием, что позволяет назначать его детям, страдающим тревожным состоянием, паническим расстройством, фобиями, болями, энурезом.

Нейролептики. В тех случаях, когда тревога или депрессия сочетаются с психической или моторной расторможенностью, возбуждением, другими нарушениями поведения, навязчивостями или перечисленные выше лекарственные препараты неэффективны, показаны нейролептики. Обычно достаточно назначения небольших доз нейролептиков мягкого седативного действия (меллерила, тизерцина) в сочетании с транквилизаторами (диазепамом, феназепамом). При отсутствии благоприятного эффекта применяют нейролептики с более выраженным седативным действием: аминазин (хлорпромазин), неулептил (перициазин).

Двигательное беспокойство, расторможенность, суетливость, аффективная неустойчивость и взрывчатость иногда поддаются воздействию средств, нормализующих эмоциональное состояние, или нормотимических препаратов (карбонат лития) и противосудорожных средств (карбамазепин). Для коррекции нарушений поведения используют также дифенин, хлоракон, бензонал, конвулекс.

У детей с минимальной мозговой дисфункцией рекомендуют стимуляторы: ацефен, сиднокарб, сиднофен.

При болевом синдроме применяют средства, обладающие противоболевым действием (анальгин, парацетамол, ацетилсалициловая кислота, индометацин, ибупрофен), а также антидепрессанты совместно с ноотропами, транквилизаторами и иногда с нейролептиками [Антропов А. Ф., 1999].

АБИЛИТАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Терапевтическое вмешательство в некоторых случаях даже при своей эффективности оказывается недостаточным. Самым главным запросом семьи является помощь приспособлению выздоравливающего ребенка или ребенка с отклонениями в развитии к условиям, в которых он живет. Обычно поддержку в восстановлении адаптации к коллективу сверстников, школьным обязанностям, самообслуживанию и т. д. оказывает группа специалистов, состав которой зависит от формы патологии, возраста ребенка и места его проживания (семья, коррекционное или какое-то другое учреждение). Специальному психологу (педагогу) в процессе проведения абилитации (социальной адаптации и предупреждения

инвалидизации), если ребенок никогда не развивался нормально, в процессе реабилитации, если он заболел после определенного периода психического здоровья, необходимы критерии для оценки успешности прикладываемых семьей и специалистами усилий. Такими ориентирами могли бы стать знания, умения и навыки, без которых невозможно приспособление к условиям жизни.

Адаптивные навыки включают учет как сильных, так и слабых сторон личности ребенка в процессе адаптации.

1. *Коммуникация* – понимание и выражение информации посредством символического поведения (жестов, мимики и речи).

2. *Самообслуживание* – пользование туалетом, умение правильно есть, одеться, раздеться, опрятно носить одежду.

3. *Возможность жить в домашних условиях* – вести хозяйство, бережно относиться к собственности, умение готовить, планировать и вести бюджет (тратить карманные деньги), соблюдать правила безопасности в доме (например, уметь пользоваться электрическими приборами, газовой плитой).

4. *Социальные* – навыки взаимодействия с окружающими, предполагающие умение вступать в беседу, адекватно реагировать на замечания, чувствовать настроение собеседника, регулировать свое поведение.

5. *Умение жить в микросреде* – умение передвигаться по микрорайону, делать покупки, пользоваться услугами различных служб (медицинской), пользоваться общественным транспортом и местами общественного пользования: школой, библиотекой, парками.

6. *Самонаправленность личности* – уметь делать выбор, учиться планировать свои действия, следовать плану, инициировать виды деятельности, адекватные месту, условиям, искать и находить в случае необходимости помощь у близких или незнакомых людей (в том числе у милиционера, пожарного).

7. *Здоровье и безопасность* – включают умения, связанные с охраной здоровья: правильно питаться, своевременно распознать наступление болезни, грамотно, в соответствии с указаниями принимать лекарство.

8. *Функциональная успеваемость* – интеллектуальные способности и навыки, связанные с обучением, имеющие отношение к жизни: письмо, чтение, основные математические понятия, естествоведческие знания.

9. *Проведение досуга* – умение разнообразить досуг самостоятельно и совместно с другими детьми, предложить сверстникам игры и занятия, отражающие личные предпочтения.

10. *Работа* – навыки, связанные с возможностью работать полный или неполный день, в том числе и по дому.

Здесь приводится таблица, которая может облегчить оценку возможностей ребенка при адаптации (табл. 2).

Таблица 2

Уровни адаптации

Уровень	Дошкольный возраст (0—5 лет)	Школьный возраст (6—21)	Взрослое состояние (21 и старше)
1-й уровень	Грубое отставание; минимальная способность функционирования сенсомоторной сферы. Нуждается в уходе	Имеется определенное моторное развитие; невозможность овладения навыками самообслуживания. Полностью нуждается в уходе	Определенное моторное и речевое развитие; полная невозможность самостоятельного функционирования. Требуется полная опека и наблюдение
2-й уровень	Слабое моторное развитие; минимальное развитие речи; неспособность овладения навыками самообслуживания; навыки коммуникации незначительны или отсутствуют	Способность к овладению речью/навыками коммуникации. Способность к овладению элементарными навыками самообслуживания. Неспособность к овладению учебными навыками.	Частичная возможность самообслуживания при полном наблюдении. Возможность формирования навыка самозащиты в полностью контролируемом окружении
3-й уровень	Способность к овладению речью/навыками коммуникации. Слабая социальная осведомленность. Способность к овладению навыками самообслуживания: Достаточное моторное развитие. Нуждается в серьезной помощи	Способность к овладению школьными навыками в объеме четырех классов в позднем отрочестве при условии предоставления специального обучения	Способность к овладению специальностью, не требующей высокой квалификации. Требуется наблюдение и руководство в условиях незначительных стрессовых ситуаций социально-экономического плана
4-й уровень	Возможность развития социальных коммуникативных навыков. Минимальные отклонения в сенсомоторной сфере. Невозможность отграничения от нормы на ранних этапах развития	Способность к овладению учебными навыками в объеме начальной школы. Невозможность овладения учебными предметами старших классов. Требуется специальное обучение, особенно в средней школе (обучаемый)	Способность социально-профессиональной адаптации при соответствующем обучении. Время от времени нуждается в руководстве и наблюдении в условиях серьезных стрессовых ситуаций

♦ Темы для самостоятельной работы

1. Принципы терапии психических расстройств у детей. 2. Концепции терапии психических расстройств у детей. 3. Особенности психотерапии психических расстройств у детей. 4. Суггестивная психотерапия. 5. Рациональная психотерапия. 6. Поведенческая психотерапия. 7. Терапия методом установления обратных связей. 8. Арттерапия. 9. Музыкотерапия. 10. Групповая психотерапия. 11. Игровая терапия. 12. Семейная психотерапия. 13. Принципы фармакотерапии.

Рекомендуемая литература

Болдырев А. И. Эпилепсия у детей и подростков.— М.: Медицина, 1990.

Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков.— Л.: Медицина, 1988.

Игумнов С. А. Клиническая психотерапия детей и подростков.— Минск: Беларуская навука, 1999.

Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей.— СПб.: Питер, 2000.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста.— М.: Медицина, 1995.

Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е. Психиатрия.— М.: Медицина, 1995.

Личко А. Е. Подростковая психиатрия.— Л.: Медицина, 1984.

Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика: ранний и дошкольный возраст.— М., 1997.

Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок, пути помощи.— М.: Теревинф, 1997.

Психотерапия детей и подростков/ Под ред. Х. Ремшмидта.— М.: Мир, 2000.

Раттер М. Помощь трудным детям.— М.: Прогресс, 1987.

Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии/ Под ред. К. С. Робсона.— М.: Медицина, 1999.

Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста/ Под ред. С. Ю. Циркина.— СПб.: Питер, 1999.

Шевченко Ю. С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом.— М.: РМАПО, 1997.

Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Психология и психотерапия семьи.— СПб.: Питер, 1999.

Глава 31
ВОСПИТАНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Воспитание и обучение психически больных детей и подростков, а также детей и подростков с пограничными нервно-психическими расстройствами — часть лечебно-восстановительной работы и фактически является реабилитацией.

Реабилитация больных детей и подростков — процесс, цель которого предупредить развитие предотвратимой инвалидности в период лечения заболеваний и помочь инвалидам в достижении максимальной физической, психической и социальной полноценности, на которую они годны, в рамках существующего заболевания или состояния. Цель реабилитации заболевших детей — восстановление утраченного социального статуса, возвращение к прежней учебной и другой деятельности или сохранение у них такого социального статуса и уровня активности, который соответствует их возможностям.

Психологическая реабилитация направлена на восстановление психических отклонений. Ввиду этого она всегда психолого-педагогическая реабилитация, и поэтому ее нередко называют коррекционным воспитанием. Коррекционный воспитательный процесс является восстановлением психических проявлений и способностей после какого-либо нарушения. Задача психологической реабилитации — создание, если тому не препятствует тяжесть заболевания, равновесия в психике и поведении ребенка, соответствующего норме, то есть поведению, адекватному возрасту ребенка и среде, в которой он живет. Конечная цель психологической реабилитации — включение и интегрирование поведения подростка (ребенка) в соответствии с требованиями нормальной жизни.

Усилия психолого-педагогической реабилитации (коррекционного воспитания) направлены именно на создание системы методов и средств восстановления с учетом всей сложности нарушений психики детей, которые вместе с тем доступны для осуществления в обычных условиях учебных или лечебных учреждений при наличии руководящей помощи со стороны психологов, педагогов, а при необходимости и врачей.

Отклонения в психике и поведении больных детей определяются многими факторами: наличием в клинической картине больных продуктивной симптоматики (расстройств восприятия, эмоциональных и двигательных нарушений и т. д.); существованием

стойких негативных симптомов (интеллектуальных и мнестических нарушений или апатоабулических состояний); процессуальным характером этих расстройств или стационарностью, неизменностью психической патологии; периодичностью или пароксизмальностью появления и течения отклонений в психике или поведении.

Психические расстройства у детей различны не только по своим проявлениям, но и по тяжести и происхождению. Естественно, что поведение больных зависит от их возрастных и индивидуальных особенностей.

Каковы бы ни были особенности больных, порождающие различные по проявлениям и выраженности отклонения в поведении, во всех случаях нарушается равновесие между ребенком (подростком) и окружающей средой, что приводит к возникновению затруднений в приспособлении к ней.

В связи с этой нарушенной адаптацией больные, испытывающие бóльшие или меньшие затруднения, мешающие им проявить себя, как другие, нуждаются в помощи, так как без нее они не способны интегрироваться в социальной среде и занять нормальное место в обществе.

Показания, обусловливающие необходимость психолого-педагогической реабилитации, различны.

Социально-экономические показания возникают в тех случаях, когда подросток (ребенок) при нарушении психического равновесия, ограниченных способностях, например при задержке психического развития или синдроме гиперактивности, не в состоянии полноценно включиться в учебный труд и вписаться в режим учебного учреждения. Общественные средства, усилия воспитателей расходуются неэффективно, подросткам (детям) не обеспечивается возможность развития, необходимого для того, чтобы они стали полноценными членами общества.

Подросток (ребенок), не восстановивший полностью свою активность и способности после перенесенного психического заболевания, даже при незначительных отклонениях от нормы вряд ли может иметь нормальное самочувствие. Более того, это состояние может оказаться серьезным препятствием для полноценного развития личности. Переживания своих затруднений создадут дополнительные расстройства, напрямую не связанные с основным заболеванием: тревожность, подавленность, неверие в свои силы, что ухудшит и без того невысокую работоспособность, адаптивные возможности и может привести к более серьезным расстройствам психики. Именно в этих случаях появляются *психологические показания* для реабилитации, в ходе которой должны будут сформироваться новые отношения, новые навыки, соответствующие возрастным и индивидуальным особенностям больного подростка (ре-

бенка) и необходимые для возвращения нормальной адаптации и трудоспособности.

Лечебная педагогика. Существование психологических и педагогических показаний для реабилитации больных детей привело к созданию специальной отрасли психологии и педагогики, которая изучает психические расстройства и аномалии развития с целью выработки путей их преодоления.

Такой отраслью является лечебная педагогика, становлению которой способствовали работы В. П. Кащенко, Т. П. Симсон, Г. Е. Сухаревой, В. В. Ковалева, М. С. Певзнер, К. С. Лебединской, В. С. Мановой-Томовой, Я. Коменского, В. Штромайера, Ф. Гомбургера, Х. Аспергера и многих других. Лечебная педагогика – это педагогическое воздействие на личность больного ребенка (подростка) с лечебной целью. Объект лечебной педагогики – все больные дети, имеющие трудности во время обучения в школе, при воспитании в семье и школе, дети педагогически и социально запущенные. К ним относятся также дети с отклонениями в развитии, дети с характерологическими трудностями, дети из групп риска или уже совершившие противоправные действия.

Успешность усилий лечебной педагогики связана с использованием в своей деятельности успехов возрастной физиологии, детской и подростковой психиатрии, медицинской и специальной психологии, патопсихологии, психогигиены, индивидуальной и семейной психотерапии. Так, например, коллективная психотерапия детей является комбинацией психотерапевтических и лечебно-педагогических методов. Психотерапия всегда содержит элементы воспитания, а лечебная педагогика сопровождается психотерапевтическим воздействием.

З а д а ч и лечебной педагогики – коррекция поведения, ликвидация связанной с болезнью педагогической и социальной запущенности, стимуляция эмоциональной, интеллектуальной и социальной активности, направленной на восстановление возможности и желания учиться (педагогическая реабилитация по Ковалеву В. В., 1973) или же приобретение профессиональных навыков. По мнению Е. М. Мастюковой (1997), задачей лечебной педагогики детей раннего и дошкольного возраста является стимуляция и коррекция развития эмоциональной, познавательной сферы, психомоторики, речи, личности ребенка.

О с н о в н о й п р и н ц и п лечебной педагогики – единство лечебного и педагогического процессов. Разрабатывая коррекционную педагогическую программу, следует учитывать нозологическую принадлежность заболевания, основные проявления ведущего нарушения, этап развития заболевания, сохранные и компенсаторные возможности ребенка, степень социальной и педагогической дезадаптации, отклонения в развитии и возраст. Необходим также индивидуальный подход к каждому ребенку, учитывающий

своеобразие развития, состояние как психического, так и соматического здоровья, а также особенности характера. Важно сочетать индивидуальную коррекционную воспитательную работу с оздоравливающим влиянием на окружающую микросоциальную среду.

Требования, предъявляемые больным, должны соответствовать их психическим и физическим возможностям, что будет способствовать подъему настроения, повышению самооценки и веры в способности.

Ведущая фигура в лечебно-педагогической работе — педагог, который, взаимодействуя с ребенком (подростком), создает эмоциональную положительную атмосферу и благодаря этому имеет бо́льшие возможности для коррекционного воспитательного воздействия. Наряду с педагогом в коррекционно-воспитательной работе должны принимать участие врачи и средний медперсонал. План лечебно-корригирующих и воспитательных мероприятий составляется совместно педагогом и врачом.

Воспитание детей (подростков) с нервно-психическими болезнями, с поведенческими отклонениями или с расстройствами личности проводится как в специальных образовательных учреждениях, так и в общеобразовательных учреждениях.

Существует сеть *специальных дошкольных образовательных учреждений*, дошкольные группы при специальных школах, специальные группы при детских садах общего типа, специальные детские дома для детей с задержками общего и речевого развития, умственной отсталостью, отклонениями в развитии зрения, слуха, для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Организованы специальные коррекционно-диагностические группы для детей с ранним аутизмом.

Имеются *специальные образовательные учреждения для детей школьного возраста*, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, в которых осуществляется коррекционная воспитательная работа. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения (классы, группы) для детей с ограниченными возможностями здоровья представлены восемью видами: 1) для детей с задержками психического развития (VII вида); 2) для умственно отсталых детей (VIII вида); 3) для детей с речевой патологией (V вида); 4) для слабослышащих детей (II вида); 5) для слабовидящих детей (IV вида); 6) для глухих детей (I вида); 7) для слепых детей (III вида); 8) для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (VI вида).

Появляются общеобразовательные учреждения, где осуществляются *интеграционные формы обучения детей* с ограниченными возможностями здоровья.

Образовательные учреждения санаторного типа для детей (подростков), нуждающихся в длительном лечении, санатории для детей с нервно-психическими, соматическими и психосоматическими

заболеваниями, учебно-воспитательные учреждения для детей (подростков) с девиантным (общественно опасным) поведением, учебные подразделения учреждений здравоохранения (больниц), образовательные учреждения начального профессионального образования и другие также проводят коррекционную воспитательную работу.

Среди обучающихся и воспитанников образовательных учреждений увеличивается число детей (подростков) с отклонениями в развитии, пострадавших в социальных и экономических катастрофах, с делинквентным поведением, с хроническими соматическими и психосоматическими заболеваниями и т. д. Все перечисленные группы детей имеют те или иные отклонения в своем психическом состоянии и нуждаются в коррекционных воспитательных воздействиях.

Все это привело к необходимости создания в образовательных учреждениях *специальной психологической помощи*. В центре ее внимания находятся дети и подростки с различными отклонениями в психическом, соматическом, сенсорном, интеллектуальном, личностном и социальном развитии, а также те, кто имеет особые образовательные потребности, обусловленные нарушениями здоровья.

Основная цель службы специальной психологической помощи в системе образования – выявление, устранение и предотвращение дисбаланса между процессами обучения и развития детей с особыми образовательными потребностями и их индивидуальными возможностями, создание условий для социально-психологической адаптации, включая дальнейшее профессиональное самоопределение обучающихся и воспитанников.

Эта основная роль реализуется в следующих *видах деятельности специального психолога:*

1) дифференциальная психологическая диагностика, направленная на выявление психологической структуры нарушения, определение сохранных зон развития для подбора соответствующего образовательного учреждения;

2) разработка индивидуальной психологической коррекционной программы, согласованной с учебным процессом, психологической структурой развития ребенка;

3) оценка учебной и социальной микросреды для организации оптимальных условий обучения и развития ребенка;

4) формирование и реализация индивидуальной коррекционной программы, встроенной в целостный процесс психолого-медико-педагогической коррекции развития ребенка с особыми образовательными потребностями; совместная с педагогом работа по развитию когнитивных функций и эмоционально-волевой сферы, коррекция поведенческих проблем;

5) оказание помощи педагогам в организации адекватных

условий обучения и воспитания для ребенка с особыми образовательными потребностями, рекомендации в отношении учебной нагрузки, параметров и формы оценки результатов обучения с учетом индивидуальных особенностей ребенка, предложения по подбору и распределению детей в классе;

6) консультирование и оказание помощи педагогу в организации и развитии взаимодействия между учениками в учебном процессе и за его пределами;

7) обеспечение психологической поддержки родителей и лиц, их заменяющих. Психологическое консультирование семей, направленное на формирование адекватного воспитательного подхода к ребенку с проблемами в обучении, улучшение эмоционального контакта с ним, соотнесение возможностей ребенка с требованиями учебного процесса;

8) обеспечение социально-психологических предпосылок эффективной интеграции детей и подростков в образовательную социокультурную среду на разных возрастных этапах развития ребенка;

9) формирование психологической культуры субъектов образовательного пространства с целью подготовки процессов интеграции детей, имеющих отклонения в развитии, в социокультурную среду образовательного учреждения;

10) формирование у педагогов, воспитателей образовательных учреждений, родителей, а также детей и подростков потребности в психологических знаниях, желания использовать их в работе с ребенком или в интересах собственного развития, создавая условия для полноценного личностного развития [Шипицына Л. М., Жданова М. А., 1999].

Частная лечебная педагогика. В лечении и реабилитации детей (подростков), больных *неврозами*, имеет большое значение лечебная педагогика и психотерапия. У больных неврозами обычно имеются плохое внимание, легкая утомляемость, сниженная самооценка, чувство неполноценности, раздражительность, тревога, страх, депрессия. При этих и других проявлениях невротических расстройств и несниженном интеллекте они, обучаясь в школе, не могут полностью раскрыть свои возможности. Они неловки или беспомощны в бытовых ситуациях, имеют затруднения при общении. Они нуждаются в доброжелательном отношении воспитателей и педагогов, постоянной поддержке. Целесообразно уменьшать учебную нагрузку, предоставляя дополнительные дни отдыха. За счет уменьшения домашних заданий можно использовать время на мероприятия по укреплению здоровья и лечение. Живой, яркий, образный учебный материал облегчит усвоение общеобразовательной программы и отвлечет от болезненных переживаний. Предъявляемые больными жалобы должны встречать соответствующий, понимающий отклик и душевную поддержку. Они нужда-

ются в терапии средой. Их следует вовлекать в общественную жизнь, помогать выполнять поручения, включать в малые группы для организации взаимной поддержки. Всеми силами нужно стремиться поднять у них самооценку. Постепенно нагрузка больных должна увеличиваться с тем, чтобы она соответствовала возможностям и позволяла преодолевать возникающие трудности.

Коррекционная педагогическая работа с детьми (подростками), страдающими *церебрастенией* и другими формами астении, проводится с учетом имеющихся у них психической слабости, утомляемости, истощаемости, нарушений памяти. В связи с этим приходится пользоваться приемами, облегчающими запоминание. Помочь может более широкое использование зрительных образов. Создание наглядных пособий самими учащимися также способствует лучшему усвоению материала. Облегчение преподаваемого материала и снижение требований, сочетающиеся с предоставлением дополнительного отдыха,— важные условия лечебной педагогики при этой форме психопатологии. При повышенной аффективной возбудимости, раздражительности, склонности к ссорам дети нуждаются в занятиях, соответствующих возможностям и к которым они проявляют склонность. Привлечение их к общественным обязанностям облегчает адаптацию.

Лечебная педагогика подростков (детей) *с расстройствами личности* (психопатией) направлена на коррекцию патологических личностных реакций, связанных с повышенной общей возбудимостью или же с заторможенностью, на ликвидацию педагогической и социальной запущенности и связанные с ней асоциальные тенденции и отрицательное отношение к учебе. Успеха в коррекционной воспитательной работе можно добиться лишь при согласованных действиях психологов, социальных работников, педагогов, медиков и членов семьи. Строгий режим, чередование учебы, труда и отдыха должны быть главным условием лечебно-педагогических мер. Среди разных форм трудового воспитания – привлечение к полезной и интересной деятельности: ухаживанию за животными, работе в огороде и саду, в столярных, швейных мастерских, занятиям в художественных кружках и т. д. Большое значение для перевоспитания больных имеет участие в коллективной работе и общественной деятельности.

При преобладании повышенной аффективной возбудимости наиболее эффективными могут оказаться систематические занятия трудом и спортом, регулярные поручения, воздействие коллектива, обсуждающего поведение подростка (ребенка).

При синдроме эмоционально-волевой неустойчивости необходимо выработать у подростков понимание чувств окружающих, положительную трудовую установку, ответственность за поручен-

ное дело, что может уменьшить несамостоятельность, пассивность и безответственность.

Детям и подросткам с истероидными чертами личности требуется ровное без всяких скидок отношение, интересное и посильное для них занятие, преодоление их представлений о собственной исключительности, обучение умению подчинять собственные интересы интересам семьи, коллектива, воспитание чувства товарищества.

Тормозимые, робкие, неинициативные дети смогут преодолеть эти черты вовлечением в коллективные формы деятельности с постоянным поощрением каждого даже малейшего успеха.

Организация коррекционной психолого-педагогической работы с детьми (подростками) с расстройствами личности должна учитывать, что они, несмотря на сохранный интеллект, из-за предшествующего негативного опыта не имеют интереса к учебе. Весь учебный процесс должен быть стройным и четким. Материал следует излагать максимально разборчиво. Оценка знаний проводится в щадящей самолюбие форме. Для восстановления побуждений к учебе задания целесообразно давать в четкой форме, сопровождая их планом выполнения, гарантируя будущие успехи [Невский И. А., 1970].

Коррекционно-педагогическая работа, проводимая с детьми и подростками, больными *эпилепсией*, должна принимать в расчет интеллектуальные способности, изменения личности, эмоциональные преходящие расстройства (дисфории), частоту и характер припадков. Замедленность психических процессов, трудность их переключения, сниженная память требуют индивидуального подхода. Этот подход заключается в том, чтобы позволить больным усваивать учебную программу в своем темпе. Полезны повторения, наглядность и конкретизация учебных заданий, а также инсценировки. Развитию способности к переключению способствуют лечебная физкультура, занятия ритмикой и музыкой. Больные нуждаются в своем отведенном специально для них месте. Характерологические особенности: усидчивость, сосредоточенность, педантизм, устойчивая работоспособность облегчают реабилитацию больных. Однако иногда возникающие у них дисфории, сопровождающиеся раздражительностью и злобностью, заставляют воспитателей в «плохие дни» быть особенно внимательными и при необходимости лишать их возможности общаться, чтобы спровоцированная агрессия не принесла серьезного вреда окружающим. При учащении у детей припадков приходится учитывать возможность ухудшения у них сообразительности и памяти. В связи с этим приходится предоставлять им отдых и уменьшать учебную нагрузку.

Коррекционно-педагогическая работа с детьми и подростками, страдающими *шизофренией* и другими психотическими расстройст-

вами, проводится в зависимости от тяжести клинических проявлений психоза, особенностей симптоматики, типа течения и выраженности стойких психических изменений. Она строится в зависимости от их возможности продолжать учебу. В процессе обучения рекомендуется методика полуфронтальных уроков (Окунева Р. И., Сметанина А. А. и др.). В одном помещении может быть несколько классов. Всем детям одновременно дается простое задание, требования предъявляются соответственно возможностям и знаниям каждого. Получив темы сочинений или «творческих диктантов», больные их самостоятельно дорабатывают. Используются рассказы по картинкам и карточкам, а также дидактические игры. Такие занятия положительно «заряжают» больных детей, активизируют их и позволяют педагогам выявлять уровень их возможностей и особенностей психопатологии. Уроки строятся с учетом того, что больные отличаются недостаточной целенаправленностью, рассредоточенным вниманием, разлаженностью и вычурностью мышления, снижением психической активности, сочетающейся нередко с хорошей словесной памятью и развитой способностью к абстрагированию.

Отношение больных к занятиям может быть обусловлено бредовыми переживаниями или убеждением в своей неспособности. В некоторых случаях наблюдается обратная картина, когда больные переоценивают свои возможности. Без установления эмоционального контакта с больным обычно его не удается вовлечь в учебу и другую полезную совместную деятельность. Педагогам приходится постоянно корригировать поведение больных, их деятельность, помогать устанавливать взаимоотношения со сверстниками и взрослыми, обучать нормам общественной жизни.

Чтобы педагогический процесс мог служить терапевтическим целям, он должен быть чрезвычайно гибким и разнообразным. Педагогическая работа детского учреждения (школьные занятия, мастерские, клубная работа, физкультура, организация детского коллектива) должна быть построена таким образом, чтобы предлагаемый детям материал был достаточно наглядным, интересным, эмоционально насыщенным; он должен будить активность ребенка и подростка. Трудовые процессы должны соответствовать не только возможностям, но и специальным интересам этих больных, способствовать развитию в них новых навыков и социальных связей. Наиболее показанными для педагогической терапии являются вялотекущие формы и дефектные состояния. В острых приступах шизофрении прежде всего показано биологическое воздействие. Педагогическая терапия здесь может найти применение только как дополнительный фактор [Сухарева Г. Е., 1955].

♦ Темы для самостоятельной работы

1. Цель и задачи реабилитации. 2. Показания, обусловливающие необходимость психолого-педагогической реабилитации. 3. Лечебная педагогика. 4. Цели и задачи лечебной педагогики. 5. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения. 6. Специальная психологическая помощь. 7. Виды деятельности специального психолога. 8. Коррекционно-педагогическая работа, проводимая с детьми и подростками, больными эпилепсией. 9. Коррекционно-педагогическая работа, проводимая с детьми и подростками, больными шизофренией. 10. Коррекционно-педагогическая работа, проводимая с детьми и подростками, больными неврозами. 11. Коррекционно-педагогическая работа, проводимая с детьми и подростками с расстройствами личности.

Рекомендуемая литература

Голик А. Н. Введение в педагогическую психиатрию.— М.: УРАО, 2000.— 104 с.

Дробинская А. О. Школьные трудности нестандартных детей.— М.: Школа—Пресс, 1999.— 144 с.

Драпкин Б. З., Трифонов О. А. Лечебная педагогика при некоторых психических заболеваниях.— М.: Медицина, 1979.— С. 585—602.

Мамайчук И. И. Психокоррекция детей и подростков с нарушениями в развитии.— СПб.: ИСПиП, 1999.

Манова-Томова В. С. и др. Психологическая реабилитация при нарушениях поведения в детском возрасте.— София: Медицина и физкультура, 1981.— 190 с.

Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика.— М.: Владос, 1997.— 304 с.

Невский И. А. Некоторые особенности учебной деятельности педагогически трудных школьников/ Лечебно-педагогическая работа с трудными детьми.— М.: Пед. Об-во РСФСР, 1970.— С. 21—37.

Никольская И. М., Грановская Р. М. Психологическая защита у детей.— СПб.: Речь, 2000.— 507 с.

Питерс Т. Аутизм. От теоретического понимания к педагогическому воздействию.— СПб..: ИСПиП, 1999.— 192 с.

Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста.— М.: Медгиз, 1955. Т. 1, 1959. Т. 2.— 406 с.

Худик В. А. Онтогенетический аспект психологической диагностики и педагогической коррекции аномального развития личности. Дис. ... д-ра пед. наук.— СПб., 1999.

Чудновский В. С. и др. Психолог и школа.— Ставрополь: УО, 1992.— 122 с.

Шипицына Л. М. и др. Азбука общения (основа коммуникации).— СПб.: ИСПиП, 1996.— 304 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Учебное издание

Дмитрий Николаевич Исаев

ПСИХОПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Учебник для вузов

Ответственный редактор *А. В. Бровко*
Оформление обложки *В. Ю. Домогацкой*
Технический редактор *О. Е. Иванова*
Корректор *Е. Г. Терскова*
Верстка *А. И. Агашковой*

Лицензия ИД № 00072 от 10.09.99. Подписано в печать 07.09.2001
Печать офсетная. Формат 60 × 90 1/16. Гарнитура «Октава».
Усл. печ. л. 29. Тираж 3000 экз. Заказ № 4344

Издательство «СпецЛит»

198005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 29

Отпечатано с готовых диапозитивов
в Академической типографии «Наука» РАН.
Качество соответствует предоставленным оригиналам.
199034, Санкт-Петербург, 9 линия, 12

ISBN 5-299-00187-8

9 785299 001877